

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
QUALIFICAÇÃO DOUTORADO

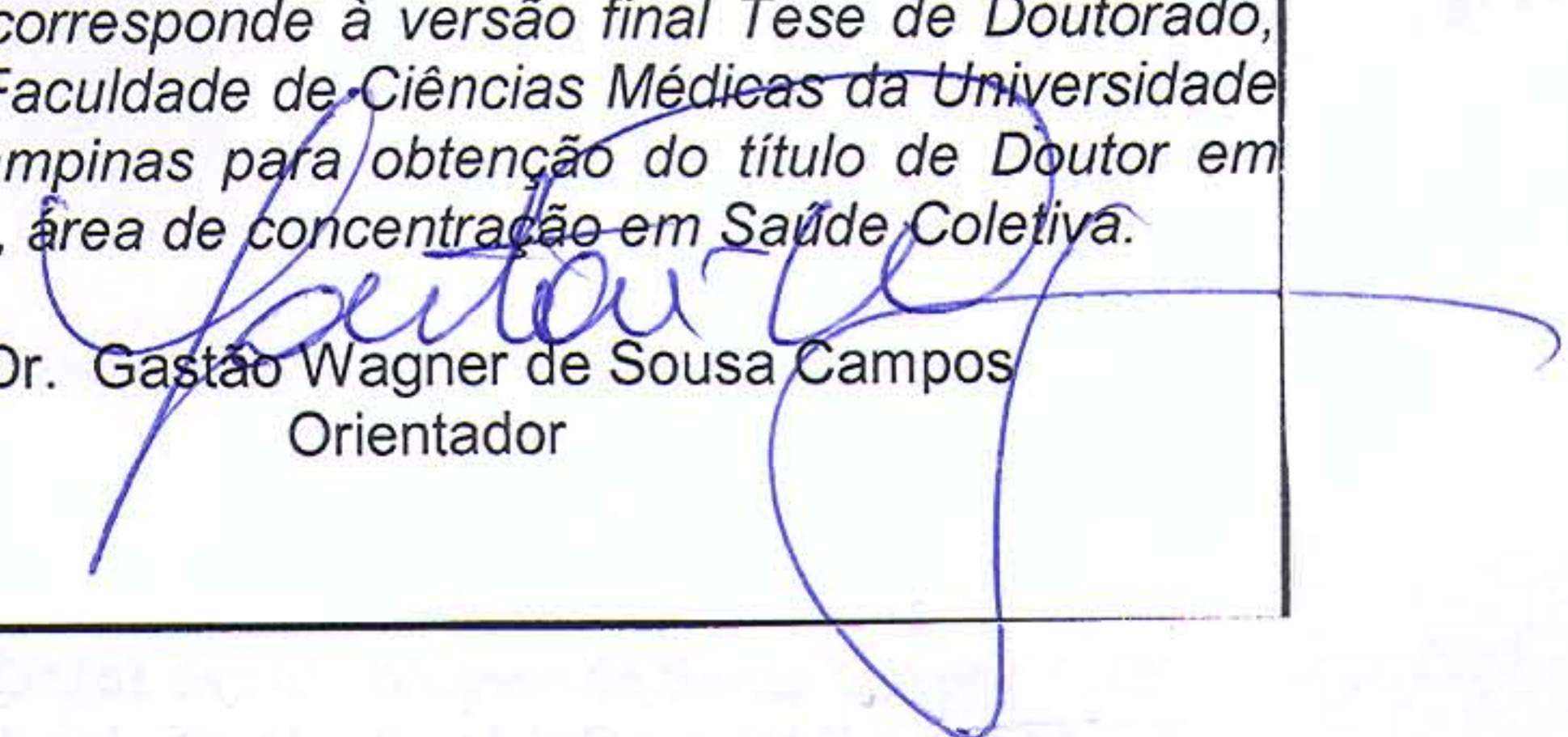
**GRUPOS BALINT PAIDÉIA: uma contribuição para a co-gestão
e a clínica ampliada na Atenção Básica**

GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

**Campinas
Fevereiro de 2009**

**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Doutorado em Saúde Coletiva**

Este exemplar corresponde à versão final Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.


Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

GRUPOS BALINT PAIDÉIA: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica

Aluno: Gustavo Tenório Cunha

Orientador: Gastão W. de S. Campos

Tese a ser apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Fevereiro de 2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

C914g Cunha, Gustavo Tenório
 Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a
 clínica ampliada na Atenção Básica / Gustavo Tenório Cunha.
 Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Atenção Básica a Saúde. 2. Dinâmica de grupo. 3. Co-
gestão. 4. Paidéia. 5. Saúde Pública. 6. Educação Médica. 7.
Saúde da família. I. Campos, Gastão Wagner de Souza. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

**Título em inglês : Balint-Paideia Group: a contribution for co-governance institutions and
amplified clinic in primary health**

Keywords: • Primary health
• Group dynamics
• Co-governance
• Paideia
• Public health
• Medical education
• Family health

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

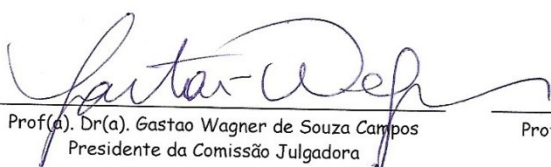

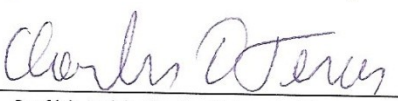

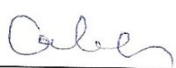
Prof. Dr. André Martins Vilar de Carvalho

Data da defesa: 27- 02- 2009

Banca examinadora da Tese de Doutorado

Aluno(a): Gustavo Tenório Cunha

Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Gastão Wagner de Souza Campos

 Prof(a). Dr(a). Gastao Wagner de Souza Campos Presidente da Comissão Julgadora	 Prof(a). Dr(a). André Martins Vilar de Carvalho
 Prof(a). Dr(a). Charles Delcanale Tesser	 Dr(a). Sergio Resende Carvalho
 Prof(a). Dr(a). Carlos Roberto Silveira Ciorrêa	

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 27/02/2009

Agradecimentos

Este trabalho só foi possível pela disposição solidária de uma ampla rede de pessoas, no Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP, na Rede Municipal do SUS-Campinas, na Política Nacional de Humanização/MS, na disciplina MD945. Mais do que disposição, a área de Planejamento e Gestão do Departamento de Medicina Preventiva fez uma aposta ousada de que uma parte do curso de Especialização em Gestão da Clínica na Atenção Básica fosse conduzida de forma experimental, nos moldes da proposta deste trabalho e como parte de uma pesquisa de doutorado. Ao Gastão meu principal agradecimento, pelo apoio irrestrito, confiança, amizade e liberdade de trabalho. Ao Deivisson Vianna, que compartilhou a coordenação do grupo descrito neste trabalho, compartilha a coordenação de um novo grupo neste momento e com quem tenho aprendido muito desde o começo de nossas atividades conjuntas. À Rosana Onocko que me deu idéia de revisitar Balint quando eu decidia o tema do doutorado, além de preciosas sugestões na qualificação. Ao Charles Tesser pelas generosas e acatadadíssimas sugestões na qualificação (além daquelas todas que acumulo desde à graduação). Aos trabalhadores do grupo que se aventuraram na experiência de um curso fundado na discussão de casos. Ao Ricardo Teixeira e ao Luiz Fuganti, que se dispuseram prontamente a participar do grupo, contribuindo com uma abordagem filosófica inovadora e disparadora de fecundas reflexões (além de todas as contribuições paralelas em textos e aulas). Ao Carlos Gama Pinto, ao Nestor Paraguay e ao Gastão pelo apoio na disciplina MD945, me liberando para me dedicar à fase final deste trabalho. A Regina Benevides, Edu Passos, Dario Pashe, Esther Albuquerque, Teresa Martins e Mila Cintra, Vera Figueiredo por todas as enriquecedoras contribuições e discussões. A todos amigos da PNH (principalmente o núcleo de São Paulo) pelo aprendizado no trabalho conjunto e pela compreensão e apoio com a minha ausência progressiva. Ao meu velho amigo Francisco Del Moral Hernandez, pela preciosa ajuda na tradução do resumo para o inglês. À Sel Guanaes pela ajuda na revisão.

Um agradecimento especial à Maisa, da pós-graduação que, com paciência e dedicação, me ajudou com todos os "trâmites" burocráticos do doutorado. À Sônia e à Regina, secretárias do departamento, pelo suporte em relação ao grupo de pesquisa. Agradeço à Márcia, minha esposa, pelo apoio e valiosas contribuições filosóficas. Ao Cauré, meu filho, por me aturar tão perto e tão longe, enquanto eu escrevia

Índice

Resumo	8
Abstract	9
Introdução.....	10
CAPÍTULO I.....	13
Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho	14
O Projeto Terapêutico Singular	23
Equipe de Referência e Apoio Matricial (ER/AM).....	26
A Clínica Ampliada.....	29
A prática da clínica ampliada	36
O contexto de construção dos Grupos Balint Paidéia	39
Dificuldades mais frequentes de gestores e trabalhadores no contato com a proposta de co-gestão e clínica ampliada	39
O contexto da Atenção Básica e a Clínica.....	42
Os Grupos BALINT	55
Os Grupos Balint e o Método Paidéia	59
CAPÍTULO II	61
A proposta de Grupos Balint-Paidéia de co-gestão e de apoio da clínica no SUS	61
Problemas frequentes nos grupos BALINT e a dinâmica do GBP.....	67
CAPÍTULO III.....	79
A proposta de pesquisa com GBP	79
Questões Metodológicas	81
Aprendizados do Trabalho de Campo com os grupos Balint-Paidéia.....	84
Avaliação do grupo a respeito dos encontros	145
Reflexões sobre a experiência	148
CAPÍTULO IV.....	153
Coordenação, responsabilização clínica e relação da atenção básica com serviços de especialidade	153
CAPÍTULO V	161
A Clínica Ampliada e o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).....	161
O Diagnóstico Tradicional e o “Flash”	165
Flash e Intuição	178
Contribuições de Nahman Armony à Clínica Ampliada	184
A Clínica Ampliada como ciência Nômade	190
CAPÍTULO VI.....	193
A Clínica Ampliada e os paradigmas dominantes do pensamento ocidental. Enfrentamentos e possibilidades	193
Medicalização e clínica: influência do pensamento religioso	201
Considerações sobre o processo de formação dos profissionais de saúde, a co-gestão e a clínica ampliada	209
Considerações Finais.....	225
Referências Bibliográficas	234
ANEXO 1: Núcleos de temáticas de Análise do Método Paidéia	242
ANEXO 2 - Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos Clínicos.....	246
ANEXO 3 - Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos Gerenciais	248
ANEXO 4 Temas de aulas do Curso de Especialização em Gestão da Clínica	249
ANEXO 5 "As pessoas sem instrução falam tudo errado"	253

Resumo

A prática gerencial hegemônica costuma privilegiar a padronização de condutas e a fragmentação do trabalho, em lugar do apoio aos profissionais de saúde no desafio de fazer uma clínica ampliada, que reconheça a singularidade dos sujeitos e grupos. Esta prática gerencial reforça um tipo de clínica que costuma ter dificuldade para lidar com pessoas reais, uma vez que enxerga na complexidade do adoecimento e do sofrimento, apenas os aspectos diagnósticos e recortes disciplinares, com graves consequências para a qualidade da atenção. É necessário, portanto, que os profissionais desenvolvam tanto alguma crítica a este tipo de conhecimento universalizante (e ao hábito quase inconsciente de tomar a “parte” pelo “todo”) quanto alguma capacidade de lidar com a subjetividade inerente ao trabalho em saúde (do usuário, dos grupos e dos próprios profissionais). Michaël Balint, em meados do século passado, foi pioneiro em apontar que o aprendizado clínico não se reduzia aos seus aspectos cognitivos, propondo a criação dos GRUPOS BALINT para o apoio através da discussão supervisionada de casos clínicos. O presente trabalho aborda alguns dos principais desafios da atenção básica e apresenta a elaboração e experimentação de um instrumento de apoio à gestão da clínica e formação dos profissionais: os Grupos BALINT-PAIDÉIA, que procura adaptar os grupos BALINT para a realidade atual do SUS em síntese com o Método Paidéia para a co-gestão de coletivos.

Inicialmente, apresentam-se instrumentos conceituais relevantes - Método Paidéia, Grupos Balint, Equipe de Referência e Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Clínica Ampliada - juntamente com uma breve contextualização da Atenção Básica no SUS. Em seguida, apresenta-se a formulação da proposta de GRUPOS BALINT PAIDÉIA (GBP) como instrumento complementar de apoio e formação em serviço, privilegiando a clínica ampliada e a co-gestão. Apresenta-se, então, o relato da experimentação prática de um GBP com 18 profissionais médicos e enfermeiros da rede básica na cidade de Campinas, elaborada a partir do diário de campo, metodologia utilizada no acompanhamento do grupo. Na sequência, são apresentados alguns possíveis aprendizados teóricos a partir desta experiência: (1) sobre a importância e as implicações da coordenação de casos clínicos; (2) sobre o tema da Clínica Ampliada e sua relação com os conceitos de Flash e Intuição, com o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), com algumas das contribuições de Nahman Armony ; (3) sobre a medicalização e os paradigmas de saúde; (4) sobre a influência das religiões nas práticas de saúde; e (5) sobre os desafios no processo de formação dos profissionais de saúde.

Abstract

The hegemonic management practice usually focuses on the hegemonic standards of conduct and fragmentation of work, instead of supporting health professionals in the challenge to make an extended clinic, which recognizes the singularity of individuals and groups. The hegemonic practice reinforces one type of clinic that frequently shows difficulties in dealing with real people, since it withdraws from the complexity of illness and suffering, only the diagnostic aspects and disciplinary particularities, carrying serious consequences for the quality of health care as result.

Hence it is necessary that professionals develop critical positions related to such universalizing knowledge (and to the almost unconscious habit of taking the "part" as the "whole") specially referring to some capacity to deal with the subjectivity which is inherent in working in health care (related to the user, to the groups and to the professionals themselves).

Michael Balint, in the middle of last century, was the pioneer in pointing out that clinical learning is not reduced to its cognitive aspects. He proposed the creation of BALINT GROUPS as support by means of monitored discussion of clinical cases. This thesis addresses some of the major challenges of primary care and presents the development and experimentation of a support instrument to clinical management and training for health professionals: Groups BALINT-PAIDEIA, aiming to adapt the groups BALINT to the current reality in the Brazilian National Health System (SUS) and working with Paideia, a Method for collective co-management of groups.

Initially, this work presents relevant conceptual tools - Method Paideia, Balint Groups, Reference and Support Team Matrix, Singular Therapeutic Project (TSP) and Extended Clinic - along with a brief contextualization of Primary Care in SUS. Then it presents the formulation of the proposed BALINT GROUPS PAID (GBP) as a complementary instrument to support and in-service training, focusing on clinical and expanded co-management. It is then reported the hand-on practice experimentation of a GBP including 18 professional doctors and nurses of the core network in the city of Campinas, prepared from daily field notes, methodology which is used in monitoring the group. In sequence is presented some possible theoretical learning from this experience: (1) on the importance and implications for coordination of clinical cases, (2) on the issue of Extended Clinical its relationship along with the concepts of Flash and Intuition, along with to The Patient-Centred Clinical Method and finally with some contributions from Nahman Armony, (3) on the paradigms and the medicalization of health, (4) on the influence of religion in health care practices, and (5) on the challenges in the training of health professionals.

Introdução

A clínica dos profissionais de saúde no SUS e a relação desta com a (co-)gestão dos serviços têm sido uma preocupação cada vez mais estratégica para o desafio da qualificação da atenção, da ampliação da cobertura e da legitimação do SUS. A partir do acúmulo teórico no campo da saúde coletiva sobre a clínica (CAMPOS: 2003, CUNHA: 2005) e sobre a co-gestão de coletivos (CAMPOS: 2000), aponta-se - entre outras - a necessidade de investir na construção de dispositivos ao mesmo tempo que na **formação e co-gestão da clínica**. Para isto, será apresentada e estudada neste trabalho a proposta de GRUPO BALINT-PAIDÉIA (GBP). A proposta foi constituída a partir de uma adaptação do Grupo BALINT (BALINT: 1988) em uma síntese com o Método Paidéia (CAMPOS: 2000), assim como de um diálogo com diversos outros dispositivos e conceitos afins¹. A parte do SUS escolhida para investigação e investimento foi a Atenção Básica. Não por acreditar que grande parte dos desafios clínicos gerenciais da Atenção Básica não sejam também desafios compartilhados com outros tipos de serviços, ou, menos ainda, que os dispositivos e propostas estudados não possam ser úteis em outros serviços. Mas pelo fato desta escolha ter se dado por uma aposta, fundamentada em uma extensa literatura nacional e internacional, na centralidade da Atenção Básica para qualquer sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se diagnostica que o SUS ainda tem um longo caminho a percorrer na efetivação desta centralidade. Neste sentido, esta escolha é também um compromisso com o enfrentamento de algumas das dificuldades atuais da Atenção Básica.

O objeto deste trabalho é a formulação teórica da proposta dos Grupos Balint Paidéia, o relato de uma experiência com este tipo de grupo, seguida da abordagem de temas possivelmente importantes para a gestão da clínica e para novas experiências com grupos Balint Paidéia.

A experimentação prática desta proposta deu-se com um grupo de profissionais médicos e enfermeiros na cidade de Campinas, dentro do contexto de um curso de especialização em “Gestão da Clínica na Atenção Básica”, oferecido pelo DMPS/UNICAMP. Este trabalho constitui-se, a grosso modo, de três partes:

¹ Equipe de Referência e Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Acolhimento, Co-Gestão, etc.

- (a) uma revisão de conceitos, arranjos e dispositivos gerenciais pertinentes à formulação da proposta do Grupo Balint Paidéia (GBP);
- (b) o relato da experiência e dos aprendizados a partir da coordenação de um GBP;
- (c) apontamentos e reflexões teóricas derivados da vivência de coordenação de um GBP, em relação à coordenação de casos clínicos, à clínica ampliada, à medicalização e à formação do profissional de saúde.

Embora a experiência concreta com o GBP seja central, é importante dizer que este trabalho também é resultado de muitas experiências do autor no apoio institucional em serviços do SUS, seja através de cursos a partir da Universidade, seja em atividades de consultoria ao Ministério da Saúde, principalmente junto à Política Nacional de Humanização.

Desta forma, tem como objetivo contribuir com o enfrentamento de alguns dos principais desafios da atenção básica formulando e experimentando um instrumento de apoio à gestão da clínica e formação dos profissionais: os Grupos BALINT-PAIDÉIA. Busca-se construir “aproximações e disjunções” de aspectos e temas da realidade do SUS sem negar a presença de uma impressão pessoal das experiências de apoio junto ao mesmo, e ainda, da formação do autor no Método Paidéia.

Outro objetivo deste trabalho é preservar a possibilidade de dialogar com trabalhadores dos serviços do SUS. Tal direcionamento trouxe, muitas vezes, temas e conceitos que talvez não fossem abordados ou retomados caso predominasse apenas uma preocupação investigativa. Assim, explicitando vinculações e influências, pretende-se compor um texto que seja tanto uma narrativa, quanto uma oferta aos que compartilham preocupações e desejos de transformação no SUS, especialmente na clínica e na co-gestão da clínica na Atenção Básica.

CAPÍTULO I

Trata-se de afrontar tanto os imensos meios de materiais coercitivos como os meios microscópicos de disciplinarização dos pensamentos e dos afetos de militarização das relações humanas.

Félix Guattari

O GRUPO BALINT PAIDÉIA (GBP) é uma proposta que transita pela intersecção entre a gestão (política) e a clínica na atenção básica. A perspectiva de distinguir, sem no entanto separar, a Clínica e a Gestão - ou seja, articular as duas dimensões da prática em saúde - não é uma novidade, embora seja ainda um grande desafio vinculado a um desejo de construção e transformação institucional do SUS. A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, por exemplo, tem este aspecto como um dos seus princípios² e, de fato, este é um dos pressupostos de um conjunto de conceitos e propostas gerenciais que sustentam grande parte da formulação do GBP e da sua condução prática.

O objetivo deste capítulo é apresentar alguns destes conceitos e propostas, começando por uma breve abordagem do Método Paidéia (CAMPOS: 2000), seguida das propostas de Equipe de Referência e Apoio Matricial, do Projeto Terapêutico Singular e da Clínica Ampliada. Será apresentada também uma leitura de um certo contexto da Atenção Básica e do SUS, assim como algumas escolhas de parâmetros para Atenção Básica (dentre os muitos possíveis). O contexto atual, assim como essas escolhas, são também determinantes para este trabalho. Em seguida, serão abordadas as contribuições de Michaël Balint e dos Grupos BALINT, assim como, uma comparação entre o Método Paidéia e o Grupo Balint.

² A inseparabilidade entre clínica é um dos princípios da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/humanizausus).

Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho

O método Paidéia é uma proposta de co-gestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso (CAMPOS: 2000) que aglutina uma dimensão crítica e uma dimensão propositiva entrelaçadas. A dimensão crítica abarca uma análise do mundo do trabalho e das instituições contemporâneas. A dimensão propositiva engloba um método, propriamente dito, de apoio e co-gestão. Para tal, algumas características são fundamentais:

(a) O método assume um compromisso com a democracia institucional, colocando-se ao lado da herança política dos movimentos libertários do final da década de 60, quando a chamada “esquerda” rompeu (em parte) com uma tradição que defendia um certo monopólio temático da luta política em torno *“das formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem”* (FOUCAULT: 1983) e a tomada do poder estatal. Ou seja, reconhecendo a herança pós 1968, pode-se dizer que não basta votar para este ou aquele governante, ou mesmo, apostar no mundo pós “revolução”, porque sempre (mesmo depois das “revoluções”) existirão as lutas imediatas, existirá o poder “próximo” aos indivíduos e existirão as instituições definindo algum “grau” de democracia “cotidiana” (família, escola, religião, etc). Algumas citações ilustram essa sintonia do método Paidéia:

“A produção pela produção, a obsessão da taxa de crescimento, seja no mercado capitalista ou na economia socialista, conduz a monstrosos absurdos.” GUATTARI (1990).

“vivo numa sociedade democrática. Porque deveria ter que obedecer ordens do meu patrão, oito horas por dia? Ele age como um ditador sanguinário, dando ordens a nossa volta, dizendo aquilo que deveríamos pensar e fazer? Que direito tem ele de agir desta forma? A companhia paga os nossos salários, mas isto não significa que tenha o direito de comandar todas as nossas crenças e sentimentos. Certamente ele não tem o direito de nos reduzir a robôs que precisam obedecer a todo o comando” MORGAN (1996: p.144)

O método reconhece então a importância, a pluralidade e a interpenetração (transversalidade) das instituições, assim como a necessidade de entender esses

espaços não somente pelo seu aspecto negativo (as instituições-máquinas de produção de subjetividade e, portanto, de controle), mas também pelo seu aspecto positivo: espaços de produção de subjetividade passíveis de transformação e instrumentos para realização de desejos coletivos. O Método aposta na politização da gestão, no sentido de que as organizações poderiam incorporar elementos da *Polis* grega, constituindo Ágoras para negociação e invenção de outras formas de viver no mundo do trabalho. Por conseguinte, o método não se aplica a momentos ou situações de “guerra de posição” em que o objetivo é eliminar o antagonista, mas sintoniza-se com a idéia de permanente co-produção, negociação de contratos e compromissos sempre provisórios. Evidentemente, traz para o campo da saúde e do SUS uma pretensão libertária ainda muito solitária e com poucas experiências bem consolidadas no mundo contemporâneo.

(b) Outro aspecto importante do Método Paidéia é a forma como que ele aponta para esta construção institucional democrática, qual seja, reconhecendo uma tríplice finalidade intrinsecamente conflitiva das instituições: a produção de valor de uso (finalidade declarada da instituição), a “produção de sujeitos” (os trabalhadores) e a sustentabilidade (reprodução da instituição). A ideologia dominante costuma reconhecer como legítima apenas a produção de valor de uso e a sustentabilidade (principalmente o lucro no caso de empresas capitalistas). É como se as pessoas e a sociedade devessem viver e existir para as instituições (principalmente o “mercado” capitalista), e não o contrário. É por isto que é relevante no método Paidéia a definição e a disposição para disputar alguma legitimidade para um tríplice objetivo. O método identifica didaticamente três atores principais a cada um destes objetivos: os usuários (dos produtos ou serviços) identificam-se predominantemente com a finalidade declarada ou a produção de valor de uso, os trabalhadores com a “produção” de sujeitos, enquanto que os gestores (ou donos) com a sustentabilidade (reprodução da instituição e, nas empresas capitalistas, a “*mais valia*”). A tarefa da co-gestão seria viabilizar contratos e compromissos (sempre provisórios e sujeitos a revisão) entre estes atores, possibilitando alguma viabilidade aceitável do ponto de vista de cada um deles (vide Anexo 1). As teorias gerenciais tradicionais advogam a existência de uma teoria transcendente que “resolva” esta conflitividade, escondendo-a ou desvalorizando-a, tendencialmente convidando os trabalhadores a abrirem mão dos seus interesses e desejos. É comum, por exemplo, enxergar nas paredes de diversas organizações “plaquinhas” com dizeres relativos à

“nossa missão”, a partir da qual desdobram-se os deveres e os “silenciamentos”. O método Paidéia politiza a gestão, na medida em que reconhece o conflito e procura não “moralizar” os interesses em jogo. Aposta na idéia de que, se por um lado, infelizmente, é possível a viabilidade de organizações de trabalho que ignoram violentamente os interesses dos trabalhadores e muitas vezes dos usuários, por outro, sabe-se também que este tipo de organização é apenas uma construção histórica dentre outras possíveis, não sendo de modo algum um arranjo necessário, além de serem muito pouco eficazes em muitos casos (como nas áreas de saúde e educação), comprometendo a sustentabilidade e a legitimidade social. Principalmente nestes casos, o Método Paidéia propõe que, ao contrário da tradição gerencial hegemônica, quaisquer dos três atores quando detêm “poder demais” comprometem a sobrevivência da organização.

(c) outro fundamento importante do método é uma crítica das organizações a partir de uma análise da “microfísica” da gestão. O método analisa e denuncia a influência da herança dos princípios tayloristas no cotidiano das organizações contemporâneas (CAMPOS, 2000: p.21). Ao contrário de uma grande quantidade de pensadores do campo da gestão (principalmente a teoria geral de administração - TGA), para os quais Taylor estaria superado, o Método Paidéia dissecar a sua presença no mundo do trabalho. CAMPOS (2000) demonstra como Taylor se constituiu, para além de uma ideologia, em uma Racionalidade Gerencial Hegemônica - que define pressupostos tão introjetados socialmente, que dificilmente são colocados em questão, embora direcionem profundamente o modo de viver nas organizações. Alguns dos princípios tayloristas, quando apontados, são facilmente reconhecidos como familiares a quase toda organização: (1) a especialização e seleção do trabalhador; (2) “*the best one way*”, ou a idéia de que cada trabalho tem uma única e melhor forma de ser realizado, forma esta definida “cientificamente” por um *expert* – devido a isto Taylor denominou o seu método de *administração científica*. A partir daí, um outro princípio fundamental é (3): a separação entre quem pensa (sabe e decide) de quem executa o trabalho (não sabe e obedece). É decorrente destes princípios, em sinergia com Jules Henri Fayol³, o contemporâneo de Taylor, que a distribuição dos poderes organizacionais - geralmente explicitada no organograma - obedeça mais à lógica das corporações disciplinares do que a lógica da equipe (unidade de produção) na distribuição dos poderes organizacionais. Na saúde, a

³ Jules Henri FAYOL (1841-1925) foi um engenheiro de minas francês e um dos teóricos clássicos da Ciência da Administração, sendo o fundador da Teoria Clássica da Administração [1] <http://pt.wikipedia.org/wiki/Fayol>

consequência é evidente: vários profissionais de saúde cuidando de um mesmo paciente, no organograma, não configuram uma equipe, tendo cada um o seu chefe (enfermeiros têm chefes enfermeiros, médicos – chefes médicos, e assim por diante). A gestão taylorista sedimenta no organograma a fragmentação do trabalho. O Método Paidéia, embora não se reduza a isto, é um método ANTI-TAYLOR, ou seja, de enfrentamento destas marcas instituídas a ferro e fogo no início da revolução industrial.

(d) O método Paidéia se sustenta também sobre o potente conceito de co-produção de sujeitos⁴. Talvez uma primeira ressalva, antes de apresentar o conceito, seja em relação ao significado da palavra “sujeito”. Na tradição filosófica a palavra se refere fortemente à idéia de “sujeição”. Sujeição a uma “razão” universal em oposição à superstição e à aristocracia do Renascimento (MARTINS: 2005). Na filosofia, ao se buscar uma possibilidade “antropofágica”, no sentido de um indivíduo que, embora imerso e constituído por identidades nas relações com o mundo, exerce alguma capacidade de recriar-se em vez de submeter-se, alguns sistemas filosóficos criticaram o uso da palavra “sujeito” para destacar a possibilidade de um “indivíduo” que não se submeta à razão universal cartesiana. Um indivíduo que supere a dicotomia entre “razão” e “afetos”. É curioso que, neste “barco” de negação da palavra “sujeito” existam também criadores de outras formas de submissão dos “indivíduos”: por exemplo, para ARMONY (1998) LACAN e a psicanálise estruturalista efetuaram, em sinergia com o capitalismo neoliberal, um investimento no desaparecimento do “sujeito”:

“O Sujeito estrutural é um nada, um furo no simbólico ou um intervalo entre dois significantes e, por conseguinte, o avesso conceitual ao sujeito psicológico do sentido” (COSTA, 1994: p.14 Apud ARMONY, 1998: p.138)

“o apagamento do sujeito facilita em todos os campos da ação humana, o exercício de uma ação impiedosa. A Atividade administrativa e econômica dos governos neoliberais impõe o sacrifício e a imolação de milhares de pessoas, para que seu esquema econômico (do qual foi aliado o sujeito) seja cumprido” (ARMONY, 1998: p.139)

Esta pequena digressão sobre a palavra “sujeito” é importante para a compreensão do conceito de co-produção. Nem o “sujeito” sujeitado à razão e à verdade externas ou separadas do mundo real e afetivo, nem a negação do “sujeito” como forma de submeter indivíduos a esta ou aquela força. O conceito de co-produção do método Paidéia é uma

⁴ CAMPOS utiliza o conceito de co-produção também para grupos ou “sujeitos coletivos, quando apresentam alguma identidade, projetos e dinâmica relacional.

importante ferramenta de combate aos diversos monoteísmos disciplinares que disputam a “determinação” do sujeito (e respectivos “problemas”): é a genética que nos determina? Sim. São as condições materiais? Sim. São as instituições? Sim. São os interesses? Sim. É o Desejo? Sim. Etc? Sim. Mas não todos igualmente, no mesmo momento e no mesmo sujeito individual ou coletivo⁵. Cada recorte disciplinar ou sistema filosófico tende a valorizar um determinado aspecto de modo muitas vezes excludente. Na gestão e na clínica é muito importante poder lidar com essas forças de forma inclusiva, porém relativa. É necessário fazer escolhas, em cada contexto, em cada momento, e definir, dialogicamente, prioridades e relevâncias, ainda que provisórias. Da mesma forma, é importante a idéia de que existem “sujeitos coletivos” ou “coletivos” dos quais fazemos parte (MOURA: 2003) e que possuem uma certa identidade, algum projeto, algum laço afetivo e, portanto, merecem um reconhecimento como tal e uma interlocução. Na área de saúde é comum agregarmos e desagregarmos, um tanto violentamente, grupos de pessoas por marcas absolutamente alheias à suas reais identidades: separamos as pessoas - assim como as juntamos em grupos pretensamente terapêuticos - por diagnósticos, fatores de risco, sexo e por ciclo de vida⁶.

O objetivo do método é o aumento da capacidade de “análise e intervenção” ou, em outras palavras, da capacidade “antropofágica” de – sem negar forças “internas” e “externas”, mas justamente lidando com elas - re-inventar-se. Talvez seja importante ressaltar que a palavra “análise” referida por CAMPOS (2000) não se reduz a uma “análise racional” do sujeito da razão cartesiana. A proximidade do método com formulações da psicanálise e da análise institucional (LOURAU: 1975) puxa esta palavra para o seu uso “vivencial” terapêutico.

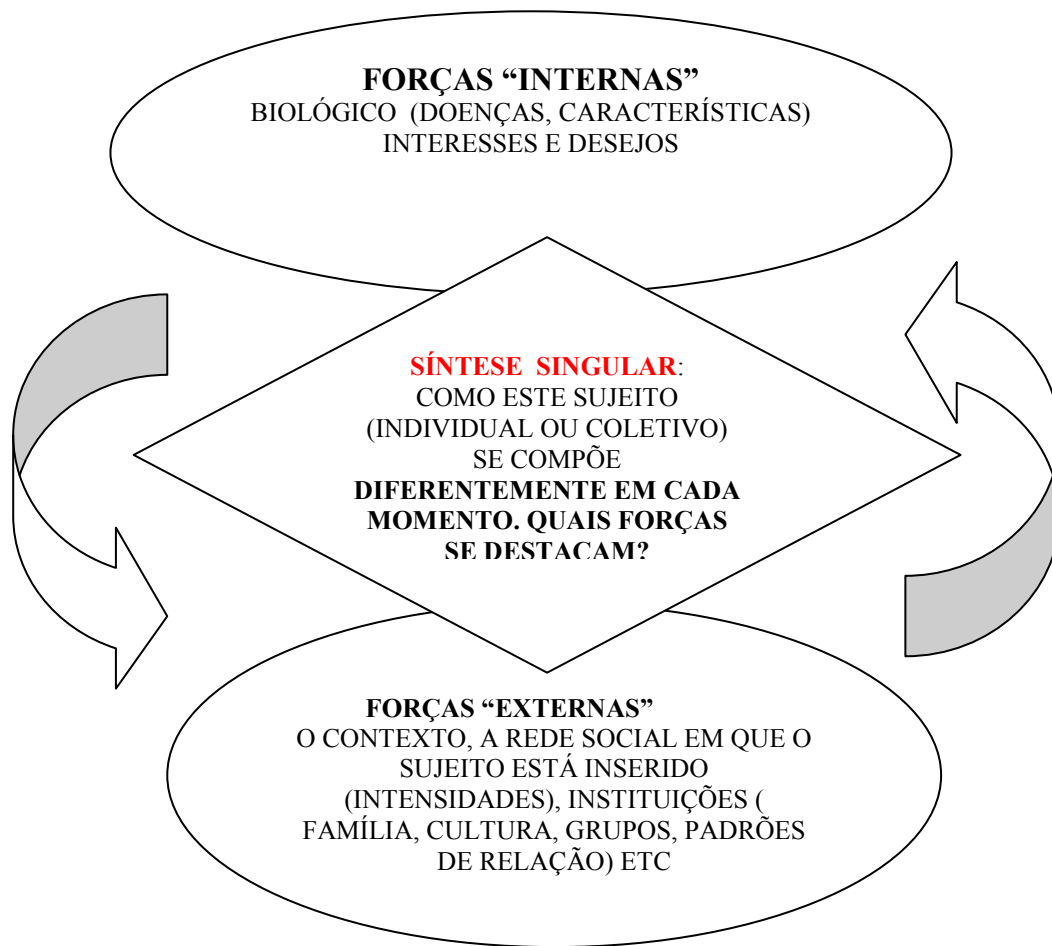
O conceito de co-produção é um poderoso instrumento de co-gestão na clínica porque possibilita a composição e a construção de um conhecimento singular transdisciplinar nas equipes multiprofissionais, onde é necessário um saber novo e singular, sem negar os recortes disciplinares possíveis, mas também, sem deixar de fazer escolhas e definir prioridades. Este conceito também é muito importante na clínica ampliada, da qual falaremos adiante. O conceito de co-produção ao propor um “sujeito”, sob tensão de diversas forças (com diferentes durações, evidentemente), aposta no

Um grupo de indivíduos, ao constituir uma certa organicidade, um compartilhamento de interesses, valores, relações, pode é reconhecido por CAMPOS (2000) como um “sujeito coletivo”.

⁶ A tendência apostólica do discurso sanitário, da qual falaremos adiante, reforça este tipo de redução das pessoas a aspectos biológicos ou morais (tabagistas, hipertensos, mulheres, crianças, idosos, etc).

movimento e na possibilidade de transformação. É por isto que o Método Paidéia, também conhecido como método da “roda”, sintoniza-se com muitas tradições libertárias da educação e da política ao afirmar que: “ninguém sai da roda (de co-gestão) da mesma forma que entrou”.

MAPA CO-PRODUÇÃO DE SUJEITOS



Uma observação a respeito da prática clínica individual e coletiva e o conceito de co-produção, é que freqüentemente as campanhas de saúde pública supõem dialogar com sujeitos portadores apenas de um "interesse", pretensamente racional, que é o de sobreviver ou viver mais. Desconsiderando, freqüentemente, quaisquer outras variáveis do contexto próximo ou familiar, ou ainda, o desejo subjetivo por outros modos de viver ou por outros aspectos da vida que não necessariamente "viver mais tempo". Reconhecer a complexidade e a co-produção dos sujeitos, pode ajudar a repensar essas estratégias. Pode ajudar também, a compreender quais desejos e quais forças co-produzem as tais "campanhas de prevenção", assim como os vários sujeitos envolvidos na sua construção.

(e) Outro aspecto importante do Método Paidéia são os núcleos temáticos de análise. Antes porém de entrar na apresentação sumária destes núcleos, é necessário destacar que o Método Paidéia supõe que em todos os espaços institucionais estão em jogo **poderes, saberes e afetos**. O método busca enfrentar um tipo de fragmentação temática que contribui fortemente para a submissão e o controle das pessoas, qual seja, a de que os saberes devem ser discutidos pelos “sabidos”, “experts” neste ou naquele assunto. Enquanto que os poderes, as disputas e os interesses **não** devem ser discutidos, afinal, somos “todos uma família e estamos no mesmo barco”. Assim como os afetos, os sentimentos e outras “menoridades”, que também devem ser deixados fora da organização, devendo ser direcionados para a “vida pessoal”, a terapia individual ou grupal, “caso necessário”. O método enfrenta essas “verdades” institucionais e sugere que SEMPRE, com maior ou menor força, estes temas estarão presentes, cabendo aos coletivos reconhecê-los e lidar com eles. A proposta é que os “coletivos” possam ampliar a capacidade de lidar com eles, ainda que não sejam especialistas. Os núcleos temáticos são um desdobramento desta diretriz mais geral.

“Um roteiro sem caminhos pré-fixados. Talvez uma “cartografia” no dizer de Guattari (1993), com pontos de passagem mais do que itens organizados segundo uma hierarquia rígida. A forma de percorrê-los variaria conforme a situação: algumas rotas escolhidas pelo próprio grupo, em conformidade com os temas demandados pela própria equipe; outras ofertadas por agentes externos”. CAMPOS 2000 p 208

CAMPOS (2000) divide estes núcleos em dois pólos: o da “produção de valor de uso” (resultados) e da “produção de sujeitos”. Embora se trate de uma divisão didática, existem alguns núcleos que tanto estão em um como em outro pólo, vejamos:

Campo da produção de VALOR DE USO:

1. **Objeto de Trabalho**
2. **Equipes Práticas e Meios de trabalho (organização dos recursos, processos de trabalho), campo e núcleo dos profissionais.**
3. **Resultados**
4. **Objetivos**

Campo do Meio

5. **Saberes**
6. **Diretrizes e valores, política e poder**

Campo da Produção de Sujeitos (individuais e Coletivos)

7. **Oferecimentos**
8. **Texto e capacidade de Análise**
9. **Objeto de Investimento, Ideal e Grupo**
10. **Espaços Coletivos**
11. **Capacidade de Intervenção**

Estes temas são possibilidades de ofertas temáticas para os coletivos, não cabendo aqui um detalhamento de cada um deles. Mas, é importante dizer que não existe uma ordem a ser seguida e que a escolha de temas nunca deve seguir uma só direção, nem partir sempre de um único interlocutor. Na verdade, estas escolhas são vitais para os coletivos, porém, decorrem de um processo relacional subjetivo, sujeito a riscos e cegueiras. O método é uma alternativa à arrogância e à unidirecionalidade gerencial tradicional, mas implica em um esforço e auto-percepção constantes, principalmente para quem se coloca com a disposição de fazer o “apoio gerencial” ou a “co-gestão”. Os temas se tornam mais interessantes na medida em que se relacionam, propiciando comparações. Por exemplo: estaria o objetivo declarado de uma organização ou de uma equipe em sintonia com os “meios e práticas” utilizados? Com os resultados? Ou com o **Objeto de Investimento** da equipe? Este último núcleo, “objeto de investimento”, merece uma pequena discussão dada a importância que adquiriu nos GBP. Perguntar sobre o objeto de investimento significa perguntar “o que os trabalhadores da equipe “gostam” de fazer, em que “investem” sua energia?”. Esta pergunta traz embutido o pressuposto de que as instituições (co-)produzem desejos e identidades, muitas vezes de forma inconsciente⁷. Um exemplo deste tipo de produção institucional de objeto de investimento na área de saúde é o médico que “gosta” e que considera sua atividade mais nobre ao “fazer o diagnóstico de doenças raras” (raciocínio clínico) e despreza a terapêutica. Mais do que uma escolha consciente, trata-se de uma vinculação afetiva e identitária a um procedimento parcial da clínica, que exclui o mérito de outras atividades e assim compromete a finalidade do seu trabalho. Este tipo de “problema” traz para a cena da gestão um desafio análogo ao da psicoterapia, a saber: propiciar um aprendizado vivencial auto-analítico que crie possibilidades, inclusive de aprender a “sentir” diferente.

No **Anexo 1** disponibilizamos um pequeno resumo dos núcleos temáticos.

⁷ Por exemplo, nas escolas médicas tradicionais, não apenas costuma-se valorizar mais o diagnóstico do que a terapêutica, como se valoriza o diagnóstico de doenças raras, condicionando a realização profissional a eventos raros.

Em relação ao GBP, todos estes fundamentos estiveram presentes na condução do grupo. Resultados, objeto de trabalho, objeto de investimento, espaços coletivos, meios e práticas, diretrizes e narrativas, estiveram mais presentes que outros.

O Projeto Terapêutico Singular

O PTS – Projeto Terapêutico Singular - é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, voltadas para um sujeito individual ou coletivo como resultado da discussão grupal de uma equipe interdisciplinar, com *apoio matricial*⁸ caso seja necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, sendo, se analisado a fundo, uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental, depois da reforma psiquiátrica, como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos no tratamento dos usuários além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Portanto, é uma reunião de toda a equipe, onde todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações nesse sentido. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece mais adequado pois sugere que o projeto pode ser realizado para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de acentuar o fato do projeto buscar na singularidade (na diferença) o elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.). OLIVEIRA (2008) lembra da importância do preparo do “caso” para apresentação na reunião, de forma a evitar que se gaste tempo e energia com dúvidas sobre informações objetivas (parentesco, eventos, medicação, etc.).

O PTS contém quatro movimentos:

1) Definir hipóteses diagnósticas: OLIVEIRA (2008) refere-se ao cuidado com a palavra “diagnóstico” e o benefício de substituí-la por “problemas”. Neste caso, far-se-á então um levantamento de hipóteses de problemas. O termo “diagnóstico” pode acirrar desnecessariamente conflitos corporativos em alguns tipos de serviços de saúde (para alguns representantes da corporação dos médicos, o vocábulo

⁸ Adiante, neste texto, apresentamos a definição de apoio matricial.

“diagnóstico” é de uso “restrito”). Uma função também importante deste momento, segundo o mesmo autor, é produzir algum consenso operativo sobre afinal quais os problemas relevantes tanto do ponto de vista dos vários membros da equipe⁹ quanto do ponto de vista do(s) usuário(s) em questão.

Este momento deverá conter uma avaliação/problematização do aspecto orgânico, psicológico e social, buscando facilitar uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade, psicológica, orgânica e social (AYRES: 2003 e OLIVEIRA: 2008), é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A vulnerabilidade possibilita uma leitura mais singular da situação de cada sujeito individual ou coletivo, enfrentando de certa forma as insuficiências da generalização do conceito de risco (e grupos de risco). A equipe procura compreender como o sujeito singular se co-produz diante da vida e da situação de adoecimento. Como operam os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Uma atenção especial deve estar voltada para as potencialidades, as vitalidades do sujeito. Ainda é forte o hábito na clínica dos profissionais de saúde de restringir-se somente aos problemas e dificuldades; enquanto que, buscando as potencialidades, é mais fácil encontrar aliados para o PTS, lembrando que os desejos são, freqüentemente, um bom sinalizador das potencialidades e vitalidades.

Na medida em que se conversa sobre hipóteses e problemas é importante não se limitar a eles: até onde for possível, é muito útil na construção do PTS investir nas explicações, na genealogia dos eventos e das pessoas envolvidas (por que tal hipótese ou fato ocorreu?)¹⁰.

2) Definição de metas: sobre os problemas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito “doente” e as pessoas envolvidas. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor com o paciente.

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

⁹ Não é incomum ou eventual que os problemas sejam diferentes para cada envolvido no caso, ou que, mesmo quando há concordância, a prioridade atribuída a cada problema seja diferente, produzindo paralisia ou acirrando conflitos. No mínimo pode se produzir uma situação em que cada membro esteja “remando” muito, mas cada um para um lado diferente.

¹⁰ Tal pessoa “tem depressão” diz-se na equipe. Ou é “poilqueixosa” ou “hipertensa”. Em todos os casos é habitual não buscar compreender por que estas pessoas estão assim. Se “tudo veio a ser” – como diz Nietzsche – como estas pessoas se constituíram, como chegaram nesta situação? Esta busca da equipe, com abertura para narrativas, costuma ser extremamente terapêutica para o paciente e para a equipe, além de ser útil para a construção do PTS.

Escolher um profissional de referência é uma estratégia para favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações. Ele se manterá informado do andamento de todas as ações planejadas no PTS. Será aquele que a família procura quando sente necessidade e com o qual negocia as propostas terapêuticas. O profissional de referência também aciona a equipe caso aconteça um evento muito importante e articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do PTS. Na atenção básica pode ser qualquer membro da equipe, independente da formação.

4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados.

O PTS requer ainda, que alguns aspectos sejam observados:

A escolha dos casos para reuniões de PTS: na Atenção Básica a proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, do ponto de vista de qualquer dos membros da equipe (qualquer membro da equipe pode propor um caso para discussão). Na atenção hospitalar e centros de especialidade, provavelmente todos os pacientes precisam de um PTS.

A duração do PTS: o tempo do PTS depende da característica de cada serviço. Serviços de saúde na Atenção Básica e Centros de Especialidades com usuários crônicos têm um seguimento longo (longitudinalidade) e também uma necessidade maior da Clínica Ampliada. Isso, naturalmente, implica em processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão PTS's com tempos mais curtos. O mais difícil é desfazer um viés imediatista com usuários da atenção básica e crônicos. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do processo, a partir do fortalecimento do vínculo com o usuário. A história, em geral, vai se construindo gradualmente, embora, obviamente, não seja possível falar em regras fixas para um processo que é inevitavelmente relacional e complexo.

Equipe de Referência e Apoio Matricial (ER/AM)

Segundo CAMPOS (1998), o apoio matricial é uma tecnologia de gestão complementar à definição de Equipes de Referência. A equipe de referência é um tipo de arranjo contratual que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: no lugar das pessoas se responsabilizarem predominantemente por atividades e procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), busca-se construir a “responsabilidade de pessoas por pessoas”. Ou seja, formar um “time” em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade: uma equipe responsável por um certo número de leitos em um hospital ou, como no caso da Equipe de Saúde da Família - ESF, uma equipe responsável por uma clientela adscrita. A equipe de referência procura enfrentar a herança da “linha de produção” taylorista nas organizações de saúde. Mas não é somente a definição de uma clientela que define a equipe de referência, é também uma outra distribuição de poder na organização: a equipe de referência, além de caracterizar-se pela adscrição da clientela, define-se também por uma coordenação interdisciplinar. Ou seja, na lógica da organização taylorista, o poder gerencial está atrelado ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividem por corporações e não por coordenações de equipes interdisciplinares (fato evidente ao olharmos o organograma da maior parte das organizações). Por exemplo, a presença de uma chefia de enfermagem, outra chefia de médicos e outra ainda de agentes comunitários de saúde, no lugar de uma coordenação para toda a equipe, aumenta a chance de fragmentação do trabalho em uma equipe de SF, dificultando a existência de uma Equipe de Referência de fato. As chefias profissionais produzem uma tendência de responsabilidade maior para com uma atividade corporativa do que para com o resultado final da equipe para o usuário. Na prática, essas chefias por corporação reforçam outras grupalidades, que desvalorizam ou rivalizam com a grupalidade da equipe: o time dos ACS's, o time dos médicos, dos enfermeiros, etc... A proposta de equipe de referência parte do pressuposto de que existe uma interdependência entre os profissionais da equipe e prioriza a gestão do “time” referenciado a uma clientela. Uma das funções importantes da coordenação da equipe é justamente cuidar da construção de uma interação positiva entre os profissionais, construindo objetivos e objetos comuns, apesar das diferenças (e não contra as diferenças).

Dito isto, podemos apresentar a função “apoio” (CAMPOS: 2003, p.85). Aqueles profissionais que não têm uma relação direta e cotidiana com o usuário, fazem o apoio à equipe de referência. Ou seja, a *“equipe de referência será composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dentro de um certo campo; e eles serão **responsáveis** por acionar a rede complementar necessária a cada caso. Estes profissionais desta rede complementar, equipes ou serviços farão então o apoio matricial”*¹¹.

Portanto, o Apoio Matricial em saúde *objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência*. O Apoio tem duas dimensões: **suporte assistencial** e **técnico-pedagógico**. A dimensão assistencial é aquela que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários e a ação técnico – pedagógica vai demandar uma ação e apoio educativo **com e para a equipe**. Aqui pode-se observar como o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica com o conceito de Educação Permanente¹². O momento de maior disponibilidade de uma equipe para aprender determinado tema, é exatamente quando tem um caso sob sua responsabilidade e recebe o apoio de um “expert” no tema de apoio educativo **com e para a equipe**. O conceito de apoio matricial é sinérgico à proposta de Educação Permanente¹³, visto que é um momento privilegiado para o aprendizado da equipe.

Duas conclusões importantes decorrem desta característica do apoio:

(1) a definição do que é um conhecimento nuclear do especialista e do que é um conhecimento do **campo** da saúde (CAMPOS: 2006)¹⁴, compartilhável e apropriável por toda a equipe de atenção básica, **é uma decisão situacional e mutante**. Exemplo: uma equipe que trabalhasse no bairro de Copacabana na cidade do Rio de Janeiro,

¹¹ CAMPOS, GWS MIMEO 2007 AULA Equipe de Referência e apoio Matricial em Fortazela – CE no curso de “gestão da clínica na Atenção Básica” 2007 oferecido pelo DMPS/UNICAMP/Ministério da Saúde

¹² “Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde”. Portaria N° 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004..

¹³ “O Núcleo é constituído por aquele conjunto de conhecimentos e de atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão ou especialidade. Ajudam a construir sua identidade e especificidade. Já o Campo tem uma conceituação situacional e indica aquele conjunto eventual de conhecimentos e de tarefas que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência. O Núcleo é composto por um conjunto estruturado de conhecimento e papéis, e constituem as disciplinas. O Campo representará uma abertura dessa identidade cristalizada ao mundo da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. Estes conceitos foram elaborados em uma tentativa para lidar com o dilema entre burocratização corporativa e diluição interdisciplinar das profissões e especialidades”. CAMPOS: 2006, cap. II, p.11

tradicionalmente conhecido pela idade avançada de grande parte dos seus moradores, teria que incorporar nos seus recursos básicos um grande volume de conhecimento sobre geriatria. O geriatra que realizasse o apoio matricial para esta equipe teria que investir grande energia na dimensão técnico-pedagógica, ensinando a equipe para que ela pudesse aumentar a sua resolutividade. O ajuste à singularidade do “cardápio” de cada equipe, vale para um psicólogo, para um nutricionista e para qualquer outro especialista que faça o apoio matricial. Este mesmo especialista fazendo apoio a outra equipe, com responsabilidade sobre uma população diferente, teria que dispor de conhecimentos diferentes.

(2) O contrato entre gestor, especialista apoiador e equipe de referência tem que ser cuidadoso e repactuado constantemente. O **contrato** depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de **critérios** para acionar o apoio. Deve-se ter o cuidado de explicitar atividades e objetivos. Primeiro, é preciso dizer claramente quem são as equipes e usuários adscritos de cada apoiador matricial. Se um nutricionista faz apoio matricial para 04 equipes de SF e cada uma delas tem 3500 pessoas, este nutricionista é responsável, do ponto de vista nutricional, por 14000 pessoas. Indicadores de impacto nesta população devem ser pactuados com este nutricionista. Evidentemente, este nutricionista, assim como qualquer apoiador, não conseguirá nenhum impacto populacional trabalhando sozinho. Estes resultados só são possíveis se ele tomar como “parceiros” as equipes com as quais trabalha. A rigor, os apoiadores terão dois **tipos de usuários**: a população adscrita às equipes e as próprias equipes. Um contrato com um profissional que fará apoio matricial deverá conter indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe. Um indicador importante é, por exemplo, a diminuição de pedidos de compartilhamentos (encaminhamentos). **O que significa dizer que a maior parte dos indicadores de resultados, pactuados tanto com equipes quanto com apoiadores, são transitórios.**

É relevante mencionar que o Ministério da Saúde criou em 2008 o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família)¹⁵ com recurso financeiro destinado especificamente para a contratação de profissionais de apoio para as equipes da ESF. O conceito utilizado na proposta, pela primeira vez na definição de uma portaria do Departamento de Atenção Básica do Ministério, é o de apoio matricial. Como a proposta restringe a contratação a

¹⁵ PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

poucos tipos de profissionais (Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional), ainda não está claro na política de atenção básica se todas as relações entre a atenção básica e outros serviços de especialidades devem ser pautadas pela proposta de apoio matricial.

A Clínica Ampliada

“colar sobre um objeto a etiqueta de um conceito é marcar em termos precisos o gênero de ação ou de atitude que o objeto nos deverá sugerir”

HENRI BERGSON (2005 p 38)

CAMPOS (1997) criou o conceito de Clínica Ampliada, ao mesmo tempo reconhecendo o valor da clínica/atenção individual, mas também propondo sua transformação. Na história da Atenção Básica esta é uma distinção importante. Na área de Saúde Coletiva existe uma importante produção crítica a respeito da biomedicina que, embora fecunda, muitas vezes deixa poucas margens para o reconhecimento e valorização da prática clínica, principalmente “individual” e, particularmente, aquela relacionada ao profissional médico. Michaël Balint, em meados do século passado - no momento inicial do sistema de saúde britânico (NHS) -, fez um movimento teórico semelhante, ao buscar construir um método de apoio aos médicos da atenção básica que buscasse reconhecer a especificidade e as dificuldades do seu trabalho. Não sendo gestor, nem fazendo parte do Sistema de Saúde, Balint, na Clínica Travistock, assumiu um problema que hoje é considerado como também do gestor: como apoiar e qualificar as práticas clínicas reconhecendo a complexidade e a subjetividade intrínsecas? O que significa dizer: sem acreditar somente em ferramentas gerenciais padronizadoras e homogenizantes, mas apostando na possibilidade de fortalecimento e transformação destes profissionais na atenção básica.

CAMPOS (1997) diagnosticou uma polaridade entre a tendência universalizante do conceito de doença da biomedicina (a tendência para a “ontologia” da doença) versus a “singularidade” do sujeito. Inspirado nos avanços da luta anti-manicomial, delimitou um

campo de problemas ligados à prática clínica, não exatamente dependentes de pertencerem a esta ou aquela racionalidade ou campo disciplinar, mas dependentes principalmente do “hábito” – usual nos marcos da filosofia dominante no mundo ocidental – de atribuir excessivo peso ao conhecimento produzido a partir da busca de verdades universais ou gerais, em detrimento do conhecimento obtido a partir do reconhecimento da singularidade/complexidade de cada situação/caso. Para CAMPOS (1997), assim como para MARTINS (2005), não se trata de eliminar os conhecimentos obtidos a partir deste procedimento de generalização/universalização, mas de aprender a não absolutizá-lo e nem permitir que ele opere reduções que violentem as relações. CUNHA (2005) apresenta a proposta de incluir como instrumento relevante para a prática clínica ampliada o conceito de co-produção de sujeitos (CAMPOS: 2000). Desta forma, têm-se um instrumento flexível de articulação e/ou síntese dos recortes disciplinares e suas tipologias. A percepção de sujeitos complexos, em permanente co-produção e mudança, facilita uma clínica ampliada em oposição a uma prática clínica mais restrita aos diagnósticos e propostas terapêuticas da biomedicina.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, da qual tenho feito parte como consultor nos últimos anos, tem defendido a clínica ampliada como uma diretriz importante da política. Em seu documento base¹⁶ a PNH traz um resumo bastante sintético e oportuno:

O conceito de clínica ampliada deve ser entendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica que:

- 1) toma a doença e o sintoma como seu objeto;*
- 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo;*
- 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica;*
- 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos.*

Ampliar a clínica, por sua vez, implica:

- 1) tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto;*
- 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos;*

¹⁶ BRASIL 2008 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_documento_base_4ed_2008.pdf.

3) *realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados;*

4) *definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicossocial das demandas de saúde.*

As propostas da clínica ampliada:

1) *compromisso com o sujeito e não só com a doença;*

2) *reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos;*

3) *afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se co-produzem na relação que estabelecem;*

4) *busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde;*

5) *aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares;*

6) *fomento da co-responsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social);*

7) *defesa dos direitos dos usuários.*

(PNH-MS DOCUMENTO BASE)¹⁷

A clínica, portanto, é inseparável da gestão: para CAMPOS (2000) os princípios tayloristas buscam a fragmentação e especialização do trabalho induzindo ao trabalho repetitivo, desprazeroso e pouco criativo, motivado fortemente pelo ganho indireto e postergado (seja da recompensa financeira do *homo economicus*, seja da identificação com algum “ideal”). Na saúde, a RGH (RACIONALIDADE GERENCIAL HEGEMÔNICA) induz, portanto, a uma certa cultura organizacional que nega a incerteza e a discussão coletiva e estimula um tipo de clínica reduzida e especializada/fragmentada, que investe grande energia na possibilidade de que as tipologias generalizantes e padronizáveis (protocolos, guidelines, diagnósticos, ensaios clínicos) sejam suficientes (e até onipotentes) para enfrentar os desafios dos serviços de saúde. Nesse sentido, a clínica dominante e a gestão tradicional apoiam-se e se co-produzem. É por isto que a proposta da clínica ampliada é complementar à proposta de co-gestão, e que diversos dispositivos e arranjos organizacionais, como o Projeto Terapêutico Singular, a Equipe de Referência/Apoio Matricial e co-gestão, são necessários e justapostos à proposta de clínica ampliada.

CAMPOS (MIMEO 2008) ainda aponta alguns eixos importantes que caracterizam a clínica ampliada no contexto atual do SUS, a saber:

1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença: a clínica ampliada busca

¹⁷ Embora se trate de um documento institucional da PNH/MS, composto em processos coletivos de discussão, o trecho citado é de autoria do Prof. Eduardo Passos.

evitar uma abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Ou seja, cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade (por exemplo, na mesma situação clínica pode-se “enxergar” vários aspectos: patologias orgânicas, “forças sociais”, produção de subjetividade, etc...) e cada recorte poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A clínica ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Este eixo da clínica ampliada traduz-se ao mesmo tempo em um modo de fazer a clínica diferente e na ampliação do objeto de trabalho, com a necessária inclusão de novos instrumentos.

2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas: reconhecer a complexidade da clínica pode produzir uma sensação de desamparo nos profissionais de saúde, na medida em que fica evidente a dificuldade em se obter os resultados idealizados de forma unilateral. É necessário, portanto, um segundo eixo de trabalho na clínica ampliada, que é a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. Ou seja, é necessário, em um grande número de vezes, alguma mudança na auto-imagem e/ou na expectativa pessoal do profissional de saúde em relação ao seu trabalho, de forma que ele não pretenda estabelecer uma relação unilateral com o paciente. Justamente, o reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos e problemas, assim como propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como também do compartilhamento com os usuários. O que significa dizer que, ainda que freqüentemente não seja possível resultados ideais, aposta-se que aprender a fazer algo em várias dimensões do problema, de forma compartilhada, é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual unilateral. Ou seja, é evidente que as questões sociais e subjetivas não se “resolvem” de forma mágica e simples, mas fazer alguma atuação sobre elas (mesmo que seja apenas falar sobre, ou adequar uma conduta) geralmente tem muito mais efeito do que tentar fingir que elas não existem. Evidentemente este eixo da clínica compartilhada nos obriga a um reconhecimento da singularidade de cada situação, para ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e decisões.

3. Ampliação do “objeto de trabalho”: As doenças, as epidemias e os problemas

sociais acontecem em pessoas, e portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional ou especialidade sejam bem delimitados. No entanto, um desafio importante para a clínica ampliada na atualidade é que o objeto de trabalho restrito costuma produzir também nos profissionais um “objeto de investimento” restrito. O que significa dizer, que se aprende a gostar e a identificar-se com procedimentos e atividades parciais no processo de tratamento. O que pode significar, por outro lado, NÃO gostar de outras atividades fora do núcleo profissional. Pior ainda, é possível que uma compreensão ampliada provoque uma grande sensação de insegurança profissional, porque necessariamente traz a necessidade de lidar com as incertezas do campo da saúde. Estas dificuldades fazem parte do desafio da clínica ampliada e não devem ser consideradas exceção, mas parte do processo de mudança e qualificação no processo de trabalho em saúde.

4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho: também se modifica intensamente na clínica ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta (do outro e de si mesmo), a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais.

5. Suporte para os profissionais de saúde: A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora (ainda que falsamente protetora), porque permite ao profissional “não ouvir” uma pessoa ou um coletivo em sofrimento, e assim, não lidar com a própria dor ou medo que, potencialmente, o trabalho em saúde pode trazer. Um exemplo clássico deste mecanismo inconsciente - ainda não de todo debelado - é a forma como serviços de saúde de oncologia justificavam o não atendimento ou o atendimento deliberadamente precarizado de pacientes “terminais” ou “fora de proposta terapêutica”. O argumento (sustentado pela cultura institucional) era de que os serviços deveriam ser voltados àqueles que tinham chances de serem curados. Com isto, os pacientes terminais ficavam sem atendimento: sem sedação, hidratação e outros procedimentos mínimos para uma sobrevida digna. Até hoje o Brasil é um país que ainda tem dificuldades na prescrição de analgesia para pacientes terminais - embora seja

pródigo com a prescrição de ansiolíticos, anti-depressivos e outros analgésicos “sociais”¹⁸). O fato é que, a dificuldade dos profissionais de lidar com a morte (em grande medida inconsciente), produzia uma argumentação falsa em relação ao atendimento de pacientes terminais, inventando uma falsa relação de mútua exclusão entre os pacientes com chance de cura e os, supostamente, sem chance de cura. Esse tipo de problema fica evidenciado na medida em que se propõe a Clínica Ampliada. Problemas crônicos, sociais ou subjetivos podem produzir a mesma reação nos profissionais de saúde, que os pacientes terminais nos serviços de oncologia. Aqui o aspecto cognitivo é importante, mas não é suficiente, porque é necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação. É necessário, neste processo, que se enfrente um forte ideal de “neutralidade” e de “não envolvimento” profissional, prescrito nas faculdades de saúde, que muitas vezes coloca uma interdição para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade. A partir disto, a gestão deve cuidar para incluir o tema nas discussões de caso (PTS) e evitar individualizar/culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade em lidar com esse processo (por exemplo, enviando sistematicamente os profissionais que apresentam algum sintoma para os serviços de saúde mental). As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas no processo de trabalho (a baixa grupalidade solidária na equipe, a alta conflitividade, a fragmentação, etc...). Resumindo, o suporte aos profissionais de modo que possam realizar uma clínica ampliada, se justifica **porque não é possível fazer clínica COM o outro, sem lidar CONSIGO mesmo.**

“quando me formei há 10 anos atrás vim trabalhar nesta equipe. Eu cheguei e a equipe, assim como as outras duas da unidade, já tinham o seu modo de trabalhar. Então agendaram para eu fazer coleta de citologia oncológica (CO). Eu comecei a fazer a coleta e logo chegou uma senhora com uma criança. Na hora de colher o exame ela não fez menção de

¹⁸ Ivan Illich (1975) propõe que a sociedade contemporânea produz a “alienação da dor”. “Parece razoável se libertar dos incômodos impostos pela dor, mesmo que isso custe a perda da independência. À medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar toda capacidade de enfrentar a dor (...). Ao mesmo tempo, decresce a faculdade de desfrutar de prazeres simples e de estimulantes fracos. São necessários estimulantes cada vez mais poderosos às pessoas que vivem em uma sociedade anestesiada, para terem a impressão de que estão vivas. Os barulhos, os choques, as corridas, a droga, a violência, e o horror continuam algumas vezes os únicos estimulantes capazes ainda de suscitar uma experiência de si mesmo. Em seu paroxismo, uma sociedade analgésica aumenta a demanda de estimulações dolorosas. Hoje tornou-se extremamente difícil reconhecer que a capacidade de sofrer pode constituir sinal de boa saúde, desde que sua supressão institucional encarna a utopia técnica diretriz de uma sociedade. O consumidor, devotado aos três ídolos – anestesia; supressão da angústia, e gerência de suas sensações – rejeita a idéia de quem, na maioria dos casos, enfrentaria sua pena com muito maior proveito se ele próprio a controlasse. (ILLICH 1975 p 140)

colocar a criança para fora. Perguntei para ela e ela me disse que não tinha problema algum. A criança estava acostumada. Eu fiquei chocada. Perguntei para os colegas se era assim mesmo e eles me disseram que isto era muito comum na unidade porque várias mulheres não tinham com quem deixar as crianças e preferiam trazer. Bem comuniquei à senhora que eu preferia que a criança ficasse do lado de fora... não passou dois minutos, mal começara o exame a criança começa e berrar 'mããããeeee' e esmurrar a porta. Conversamos sobre o assunto na equipe. Fiz mais algumas experiências, e mesmo quando a criança do lado de fora não chorava, ela atrapalhava todo mundo na unidade. Então comprei uma mesinha, cadeirinha, papel, lápis de cor e uns brinquedinhos... Na hora do exame colocava a criança sentada de frente para parede, para brincar, enquanto eu tentava fazer o exame. Não adiantou muito. Invariavelmente no meio do exame todas elas queriam "ver" o que eu estava fazendo. Demorou até que eu percebesse que a única incomodada era eu. Na verdade na minha família aquilo era inconcebível. Eu nunca vira minha mãe sem roupa... levei um tempo para perceber o que em mim estava produzindo aquele incômodo... e aí pude separar as coisas e me enriquecer muito com aqueles outros modos de ver a sexualidade e as relações familiares" (CUNHA G. T.: relato de uma enfermeira do PSF¹⁹)

Dito isto, podemos apontar para o que seriam implicações da clínica ampliada em termos de capacidades e disponibilidades dos profissionais de saúde para executá-la.

1. Alguma disposição para buscar constantemente nos encontros da clínica uma percepção de si mesmo, imerso em diversas forças e afetos (em transformação);
2. Alguma disposição na tentativa de articular ou compor satisfatoriamente, para cada situação singular, um "cardápio de ofertas" de saberes e tecnologias diferentes, lidando da melhor maneira possível com a tendência excludente e totalizante de muitos desses saberes;
3. Alguma disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos, levando em conta as variáveis necessárias em cada momento;
4. A capacidade de lidar com a relativa incerteza (e o "luto" da percepção de inexistência de certezas absolutas) que estes desafios trazem;
5. Finalmente, uma disposição para trabalhar em equipe e construir grupalidade, de maneira que seja possível criar mais facilmente uma dinâmica solidária e disponível para a clínica ampliada.

Trata-se de contribuir e possibilitar o desenvolvimento de uma sensibilidade aliada a uma técnica. Podemos dizer que, de uma maneira diferente, considerando o contexto

¹⁹ O relato foi feito em 2005, durante uma aula sobre Clínica Ampliada.

singular de cada época, tem-se realizado hoje um movimento que tem sintonia com o de MICHAËL BALINT, na medida em que se reconhece a importância da clínica e, assim como ele fez, busca-se inventar maneiras de fazer a gestão de forma a facilitar o trabalho dos profissionais que fazem clínica.

A prática da clínica ampliada

CAMPOS (MIMEO 2008) propõe que a prática da clínica ampliada se dê com alguma analogia com a prática do “Apoio à Gestão”. Define então a existência de “ciclos” na relação profissional e usuário, não necessariamente seqüenciais, propondo um roteiro de trabalho.

Primeiro Ciclo:

Parte I - A busca do foco temático

O usuário é estimulado a fazer uma **narrativa** em torno do “objeto” (queixa, ou dificuldade que motivou a busca do apoio) e sobre o objetivo (expectativas do usuário em relação a este apoio). Este é um momento importante para que se faça ou refaça o contrato com o máximo de clareza. A possibilidade de uma narrativa é importante, porque ela engloba a construção de explicações e causalidades que em si mesmas já podem ser terapêuticas (“anamnese ampliada” - CUNHA: 2004). O foco temático bem construído vai facilitar a construção do vínculo porque vai permitir alguma explicitação do desejo e do interesse do usuário. Com o tempo e na medida das possibilidades o profissional poderá sugerir a ampliação do foco temático. Mas é importante evitar um hábito bastante comum na medicina e extremamente comum na atenção básica, de desconsiderar o tema ou a prioridade do usuário, investindo nas prioridades programáticas ou corporativas (o tema mais importante de cada tipo de profissional de saúde).

Parte II - Intervenção ampliada: projeto terapêutico compartilhado

Após considerar também a análise de exames físicos e outras informações relevantes, o profissional buscará fazer uma proposta de síntese entre as ofertas do profissional e o relato/demanda do usuário. Esta síntese constitui um projeto terapêutico imediato: medicações, procedimentos, propostas no “modo de andar a vida”, formas de apoio institucional, retornos, etc. Este momento implica um clima de negociação, em

oposição a um clima de prescrição unilateral. O que significa dizer que não bastam perguntas sobre como o usuário entendeu, ou se concorda com a proposta, caso essas perguntas sejam feitas em um clima de pouca disponibilidade para negociação. É preciso antes de mais nada estar aberto à negociação e procurar as perguntas e o diálogo adequados e necessários à partilha de decisões.

Segundo Ciclo: criar espaço para análise das primeiras tentativas de realização do projeto terapêutico.

Evidentemente, quando o primeiro encontro entre um profissional e um usuário esbarra em uma história de tentativas de tratamento e experiências do usuário em outros serviços de saúde, este segundo ciclo deve estar presente logo no primeiro encontro. Quando não, a proposta é que o segundo ciclo seja uma oferta do profissional para buscar criar um momento de narrativa do usuário sobre a sua experiência com o projeto terapêutico proposto até então. Aqui, é importante tanto uma abertura do profissional para uma escuta não moralizante, quanto uma ruptura com hábitos de direcionamento da conversa para diagnósticos conhecidos do profissional (Filtros Teóricos – CUNHA: 2005). Este é um momento muito importante porque é usual que os profissionais tenham raiva dos usuários que têm dificuldades em seguir as propostas terapêuticas ou que relatem os limites dos procedimentos.

Estes dois ciclos básicos vão se repetindo. CAMPOS propõe que neste processo o profissional de saúde busque sempre aumentar a compreensão do usuário sobre (1) os fatores de co-produção saúde/doença/modo de vida/sistema saúde (levando em conta o modelo de co-produção de sujeitos individuais e coletivos); (2) a compreensão sobre si mesmo e sua rede social (aqui pode ser útil a ferramenta da abordagem sistêmica da família para mapeamento compartilhado da rede social); (3) compreensão sobre modos de intervenção sobre si mesmo e sobre o contexto.

Em relação ao contexto social, buscar contribuir com o sujeito para lidar com:

- as relações de poder: situação de dominante e dominado;
- conflitos: defesa, ataque e fuga;
- aumento da capacidade de elaborar alianças e contratos;

- a invenção de modos de tomar decisão;
- O aumento da capacidade de projetar a vida (pensamento micro-estratégico)

Neste aspecto, o profissional precisa estar atento a um compromisso ético-político, uma vez que ajudar o sujeito a se perceber em relações de poder implica em desnaturalizá-las.

Sobre os fatores subjetivos, o profissional buscará contribuir para que o usuário aumente a capacidade para lidar com:

- o interesse e o desejo próprio e de outros;
- os hábitos estruturados de vida;
- a relação com alimentos e rituais culinários;
- a relação com trabalho, atividade física, arte, esporte, natureza e território;
- a sexualidade: aprofundamento necessário e possível;
- os mecanismos de defesa e resistência.

Estes tópicos não são obrigatórios. Possivelmente os pacientes não terão oportunidade de lidar com todos eles. Cada sujeito faz escolhas e define prioridades que se configuram no que CAMPOS chama de “objeto de investimento”, ou seja, temas, coisas ou pessoas que concentram afetos e vínculos (amor e ódio). O caminho para chegar nessas questões passa pela construção de hipóteses de inter-relações entre o(s) problema(s) de saúde e a co-produção do sujeito. A dinâmica da rede de afetos (que muitas vezes coincide com a família, mas outras vezes não) é sempre um tema e um disparador importante.

Na mesma direção, em trabalho anterior²⁰ destaquei na busca de uma anamnese ampliada a importância de lidar com os “filtros teóricos”, a facilitação na ampliação da clínica, da incorporação de outras racionalidades médicas (como medicina chinesa e acupuntura), além de alguns hábitos estruturados na prática clínica que muitas vezes passam despercebidos pelos profissionais.

²⁰ CUNHA (2005)

O contexto de construção dos Grupos Balint Paidéia

Dificuldades mais freqüentes de gestores e trabalhadores no contato com a proposta de co-gestão e clínica ampliada

Ainda há muito que investigar sobre as resistências e dificuldades nas organizações burocrático-tayloristas dos processos de democratização institucional e ampliação da clínica. Ao mesmo tempo em que existem dificuldades no plano da clínica e dos profissionais para lidar com a singularidade dos sujeitos, existem também, e talvez ainda maiores, dificuldades da gestão para lidar com a singularidade dos trabalhadores e do seu trabalho. Ainda são pobres as ofertas gerenciais de métodos e instrumentos para valorizar a capacidade clínica dos profissionais em lidar com as singularidades (CUNHA: 2004). A maior parte da energia gerencial nos serviços de saúde ainda é investida na busca e na valorização de uma padronização das atividades. Ainda é forte nos serviços de saúde a idéia de que é possível alcançar um saber, um protocolo, um gestor ou um certo lugar idealizado que, “este sim”, seria redentor e solucionaria todos os problemas. Na área de saúde, esta fantasia inspirada no modelo taylorista (*“the best one way”*) resulta em intenso investimento gerencial em protocolos, *guidelines* e estudos baseados em evidência. Mas o que é relevante apontar, é que esta tendência, muitas vezes inconsciente nas organizações de saúde, produz também um sentimento de decepção e angústia diante das incertezas da clínica e da complexidade do adoecer. Ou seja, existe um certo “luto” dos gestores (e dos profissionais) na medida em que as promessas de suas ferramentas teóricas não se concretizam. O resultado é que muitas vezes, quanto maiores os progressos mais difícil é a aceitação destes, em função da dificuldade em valorizar os profissionais de saúde quando produzem soluções e projetos **criativos e singulares**. É muito fácil perguntar então: mas qual saber avaliza esta ou aquela atitude clínica? Qual a evidência? Note-se que esta é uma pergunta que faz parte do núcleo do gestor. Ele, o gestor, deve fazer este tipo de pergunta às equipes, mas com a intenção de ajudá-las a avaliar a eficácia de suas ações. Ocorre que este tipo de pergunta pode ser feita tendo como intenção desqualificar tudo que não está referenciado em um saber universal e buscando retomar um tipo de controle normativo. Exemplo: um projeto terapêutico singular para o “Sr. Alberto”, que tem diabetes e que “trabalha na confeitaria”, não precisa,

provavelmente, ser válido e generalizável para outros usuários. A crítica à produção de conhecimento dito científico e o reconhecimento dos seus limites na clínica é importante. Mas perceber os afetos que são produzidos nos gestores e nas equipes a partir deste tipo de “inovação” também é fundamental. Valorizar esta produção singular implica em reconhecer e estimular o protagonismo dos profissionais chamados “de ponta”, protagonismo pouco evidente ou pouco reconhecido em situações de trabalho, quando mais normatizado.

Por outro lado, a possibilidade de investir no protagonismo e autonomia de trabalhadores e usuários pode inicialmente produzir nos gestores uma fantasia de que ele perderá “espaço” e poder. Frequentemente instaura-se uma crise de papéis. A impressão dos gestores mais acostumados com a gestão burocrático-taylorista, ao se depararem com as propostas de co-gestão, é de que a sua função esvazia-se com essa outra postura. De fato, muitas vezes é difícil para a auto-imagem de um gestor conseguir se colocar a seguinte questão: qual o papel da coordenação em uma co-gestão? O fato é que este papel é muito mais complexo porque implica em lidar com as incertezas e os processos subjetivos nos coletivos envolvidos. Implica em conseguir lidar consigo mesmo, seus limites, seus desejos de poder e receios, no exercício permanente de diferenciar o “estar gestor” do “ser gestor” (CAMPOS, R. O.: 2003). O que pode facilitar a superação deste desafio é que existe uma proximidade entre a clínica e a gestão: da mesma forma que uma clínica tradicional e uma gestão tradicional aproximam-se na produção de certo tipo de relação de poder/saber que busca aumentar a “distância” gerencial e terapêutica. Uma clínica ampliada e a atividade de co-gestão aproximam-se na medida em que buscam lidar com as diferenças inerentes de poder/saber, com vistas a produzir uma diminuição desta distância e o aumento de autonomia, tanto do “paciente” na clínica, quanto do trabalhador, na gestão.

De todo modo, essas dificuldades dos gerentes e dos profissionais devem-se a uma confluência de forças que precisa ser percebida para que se possa lidar com ela. Talvez um ideal gerencial funcionalista esperasse que mudanças na gestão implicassem imediatamente em mudanças na prática clínica, assim como um ideal mais democrático-libertário gostaria que as mudanças nos profissionais “produzissem” a mudança na gestão. No entanto, estas duas perspectivas refletem dois extremos raros. E esta raridade está em sintonia com a teoria da co-produção (CAMPOS, G. W. S.: 2000) e da

complexidade que tanto utilizamos. Portanto, as transformações em direção à co-gestão e à clínica ampliada devem começar por todos os lugares onde for possível, e devem, preferencialmente, se apoiar em um trabalho processual de aprendizado coletivo, mais do que em mudanças abruptas.

Estas e outras dificuldades observadas na gestão dos serviços de saúde, justificam a busca de novos instrumentos de co-gestão, principalmente aqueles relacionados à clínica. O desafio de transformar os serviços de saúde, de forma democrática, ao mesmo tempo em que se qualifica a atenção, não é pequeno. Este trabalho busca desenvolver e adaptar os grupos BALINT para o contexto atual do SUS e de outras ofertas sinérgicas. O GBP pode contribuir como instrumento gerencial da clínica para superar as dificuldades apontadas, ao mesmo tempo em que é um instrumento de formação profissional e de produção de outras grupidades.

O contexto da Atenção Básica e a Clínica

A Atenção Básica é um tema prioritário no SUS, mas também é demarcador dos limites deste trabalho. O termo abarca, principalmente no Brasil, variações enormes de práticas e definições. Inicialmente, busca-se abordar aqui algumas daquelas que poderiam ser suas características principais - indispensáveis portanto em um sistema de saúde - com o objetivo de explicitar posicionamentos que podem ser importantes na condução dos GBP, na abordagem de vários dos temas, enfim, na escolha sobre “qual” atenção básica se deseja construir.

A Atenção Primária, ou Básica como a chamamos no Brasil, parece ser um arranjo assistencial essencial nos países que têm sistema de saúde mais qualificado e nos quais a atenção à saúde é um direito de cidadania (ou seja, com preponderância do valor de uso em relação ao valor de troca na saúde). Tem sido possível produzir evidências do impacto positivo da Atenção Primária na saúde das populações através da comparação entre países (STARFIELD, 2002, p.36). No estudo citado a autora aponta:

Em que medida estas diferenças na orientação da atenção primária estão associadas a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com seu sistema de saúde? Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos.

(STARFIELD, 2002 p.32)

Barbara Starfield (2002), não apenas é uma referência no assunto, como também a edição de seu livro no Brasil: “Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias” é uma publicação institucional do Ministério da Saúde. Este livro vem tendo um grande impacto na cultura sanitária, particularmente entre aqueles envolvidos com a Atenção Básica. A autora cita um estudo, coordenado por ela mesma e publicado em 1994, em que compara 12 países industrializados. É interessante destacar que a comparação é feita entre países considerados ricos. Ou seja, mesmo em situação de extrema abundância, alguns países, com baixa orientação para a atenção primária, têm indicadores piores que países menos ricos.

Para medir a “força da atenção primária” em países com configurações de “sistemas

de saúde” tão diferentes, a autora escolheu parâmetros para avaliação do Sistema de Saúde e parâmetros de avaliação do funcionamento dos serviços de Atenção Primária.

Foi desenvolvida uma classificação para a força da orientação de atenção primária utilizando cinco características do sistema de saúde que se pensava estarem associadas a uma forte atenção primária e seis características das unidades de saúde que refletem uma forte atenção primária.
(STARFIELD: 2002, p.32)

Essas características merecem especial atenção porque são características com “impacto comprovado”. As cinco características do sistema foram:

1. *“a medida na qual os profissionais e instalações de saúde estavam regulados de modo que estivessem geograficamente distribuídos aproximadamente de acordo com o grau de necessidade”;*
2. *o tipo de médico designado como médico de atenção primária;*
3. *os honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação a outros especialistas;*
4. *o número de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas;*
5. *a extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde.*

A autora utilizou também como elemento de comparação seis características das unidades de saúde:

1. a extensão na qual as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária antes de ir a qualquer outro lugar;
2. a força das relações entre as pessoas e seu médico de atenção primária;
3. a medida em que a unidade de atenção primária tratou de necessidades comuns, independente de seu tipo;
4. o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde;
5. a orientação familiar da atenção primária; e
6. a orientação comunitária da atenção primária.

Podemos dizer que das seis características, três referem-se diretamente ao vínculo entre pacientes e médicos. Enquanto todas se referem, de algum modo, a um tipo

especial de clínica na atenção primária: com abordagem ampliada (familiar e comunitária), com confiança e disponibilidade (“força das relações”, “primeiro atendimento”) e capacidade técnica para se responsabilizar pelos problemas mais prevalentes, independente do tipo (integralidade) e do compartilhamento com outros serviços (coordenação).

É necessário observar que a autora focaliza fortemente características referentes ao profissional médico. Provavelmente isto se deve, além da centralidade do médico nos países estudados, à necessidade de buscar termos comuns para comparação (países com Atenção Primária instalada podem ter presente equipe interdisciplinar, mas países com pouca atenção primária seguramente tem uma configuração mais centrada no médico). No entanto, a autora faz também um importante diagnóstico em relação à profissão médica que parece extensível a outros países:

“O imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade do generalista, sendo este imperativo mais forte em alguns países do que em outros.”

(STARFIELD: 2002, p.32)

Ou seja, existe uma tendência nas sociedades capitalistas contemporâneas de fragmentação e especialização. Esta tendência se manifesta com muita força na profissão médica e tem um impacto enorme nas configurações da Atenção Primária. No Brasil, este tema é muito relevante dada a dificuldade de fixação de profissionais médicos na Atenção Básica e a presença de serviços de Atenção Básica “sem médico”. Podemos chamar assim os PACS²¹ - sem nenhum desmerecimento ao impacto positivo na saúde de comunidades obtido por eles - e também Unidades Básicas de Saúde ditas tradicionais, muito freqüentemente com uma presença extremamente rarefeita de médicos, tanto na proporção número de médicos x população, quanto em relação ao cumprimento dos horários.

No entanto, a comprovação da eficácia da Atenção Primária nos termos da pesquisa citada, nos convida, no Brasil, a ir mais além e perguntar: se no SUS, realmente, até aqui, estas “variáveis” em relação ao trabalho médico têm sido de fato consideradas, principalmente quanto à proporção entre especialistas e generalistas e quanto aos

²¹ PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

honorários na Atenção Primária (não somente dos médicos) em relação aos de profissionais de outros serviços.

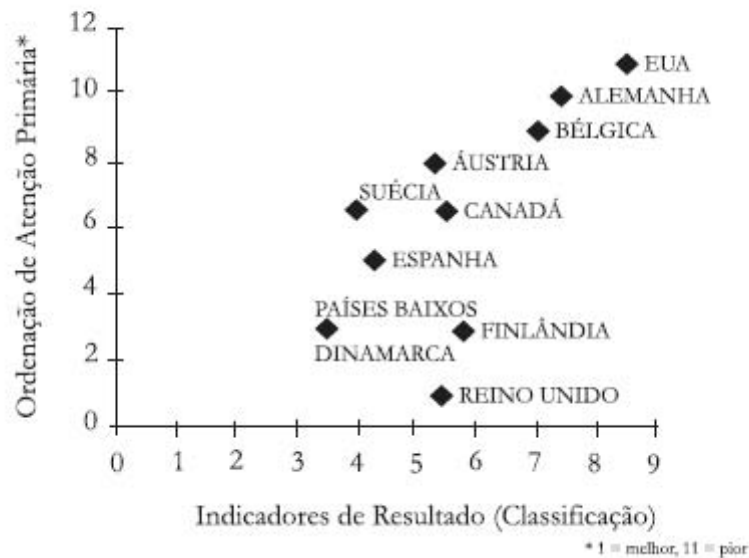
Quanto a avaliação do impacto e dos custos dos diferentes sistemas de cada país, a autora utilizou os seguintes parâmetros para comparar resultados e custos:

1. Classificação das taxas para 14 indicadores de saúde obtidos por métodos comparáveis e de uma única fonte de dados. Os indicadores incluíam mortalidade neonatal; mortalidade pós-neonatal; mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal combinadas); expectativa de vida na idade de 1 ano (para eliminar a contribuição da mortalidade infantil) e nas idades de 20, 65 e 80 anos, para homens e mulheres, separadamente; taxas de morte ajustadas por idade; e anos de vida potencial perdidos antes de 65 anos como resultado de problemas preveníveis. Também incluíram uma medida de morbidade: porcentagem de baixo peso no nascimento.
2. Classificação para gastos totais de sistemas de saúde per capita, expressos pela paridade do poder de compra. Como é o caso de outras classificações: nesse caso, a classificação melhor é a 1.
3. Classificações para a satisfação de cada população com seu sistema de saúde, obtida por uma pesquisa por telefone em que as pessoas classificaram o sistema de saúde de seu país de acordo com a extensão em que necessitava de melhorias. A classificação foi baseada na diferença entre a porcentagem da amostra da população relatando que seriam necessárias mudanças importantes e a porcentagem que dizia que seu sistema necessitava apenas de mudanças menores para torná-lo melhor.
4. Classificações para gastos por pessoa para medicamentos prescritos pela paridade do poder de compra, sendo conferido grau 1 ao país com os menores custos de medicamento prescrito.

Os resultados do estudo demonstraram um efeito positivo importante da atenção primária nos indicadores escolhidos e nos custos. A figura abaixo ilustra os resultados em relação aos indicadores de resultado:

Figura 1.3

Relação entre a força da atenção primária e os resultados combinados.



Fica evidente que a ausência de atenção primária significa pior resultado de saúde e maior custo. A autora acrescenta que,

“as características do sistema e as características da unidade de saúde estavam altamente relacionadas, ou seja, países nos quais as políticas de saúde conduziam à atenção primária eram os países em que as características das unidades de saúde também refletiam uma forte atenção primária”
(Idem: p.36)

Este aspecto, de forte relação entre estes dois campos de análise - Políticas de Saúde e Características das Unidades de Saúde – será retomado adiante.

STARFIELD (2002) valoriza, entre outras, quatro características da ABS: a **acessibilidade** (daí a possibilidade de se constituir em importante porta de entrada do sistema), a **continuidade** ou longitudinalidade (característica que modula fortemente as possibilidades da prática clínica), a **integralidade** (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita) e a **coordenação** (capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando compartilha o cuidado com outros serviços mais especializados do sistema). É interessante notar que a integralidade, para a autora, tem essa peculiaridade de ser um conceito prático, diferentemente de outros usos da palavra, que muitas vezes remetem à busca de uma abordagem “total” de cada pessoa. A coordenação, por outro lado, pode ser considerada complementar à anterior, pois ao se tomar a **integralidade** da atenção básica como a responsabilização por todos os

problemas de saúde da clientela adscrita, dever-se-á admitir que será necessário, em muitos momentos, que a Atenção Básica compartilhe o cuidado com outros serviços de saúde do sistema. A forma recomendada para fazer este compartilhamento é **coordenando** os projetos terapêuticos dos pacientes que têm diferentes enfermidades. Muito diferente do que ocorre, ainda muito freqüentemente, com os “encaminhamentos” dos pacientes entre os serviços, que acabam efetuando na verdade uma transferência de responsabilidades e não um compartilhamento, muito menos uma coordenação.

Cabe uma pequena reflexão sobre o tema da coordenação. Na proposta de STARFIELD, para a coordenação caberia ao especialista:

fazer apenas o que lhes é pedido e de se submeter ao julgamento definitivo do médico de atenção primária (feito em conjunto com o paciente) a respeito da necessidade de outras intervenções.

(STARFIELD: 2000)

Embora pareça uma proposta confortável, ela congela o especialista em uma atuação fragmentada, sem diálogo com o paciente e sem vínculo. É difícil imaginar que a relação com o generalista não seja conflituosa se o especialista se mantiver ignorante do conceito de coordenação e de clínica ampliada. Principalmente nos casos realmente complexos em que será necessário mais do que a soma do trabalho dos dois, mas uma interação produtiva que deverá incluir também outros profissionais. Por isto, esta proposta de inversão de papéis e poderes parece um pouco questionável. Além disto, seria estranho imaginar que o especialista deveria evitar o vínculo, o compartilhamento de decisões, os Flash's²², etc. O conceito de Apoio Matricial é uma solução complementar e inclusiva para a proposta de coordenação, tal como formulada por STARFIELD, uma vez que propõe uma relação contratual de outra qualidade entre o generalista e o especialista, bem como entre os serviços envolvidos com um caso, uma ação pedagógica entre ambas as partes e uma relação de poder mais equilibrada. É possível que, onde esta “permissão” para uma clínica centrada na doença seja dada aos especialistas, este seja um fator de sobrecarga dos generalistas. Aqui, podemos destacar que a coordenação e a integralidade são características da prática clínica das unidades de saúde, mas que definem o funcionamento do sistema e, portanto, precisam estar amparadas em políticas de saúde.

²² Ver definição adiante na página 158

Se tomarmos os estudos de STARFIELD, que apontam os EUA como um país em que a APS tem menos força, podemos também apostar - como faz a autora em outro artigo (STARFIELD: 2000, JAMA), junto com LEAPE (1994 e 2000) - de que esta forma de atuação de médicos especialistas é um dos determinantes mais importantes para o fato assustador de que as iatrogenias e erros médicos são a terceira causa de mortalidade geral nos EUA. A APS teria então uma função protetora da saúde das pessoas. Esta função protetora deve-se provavelmente, tanto à atividade de coordenação dos casos onde existe atenção básica, como também ao enfrentamento da lógica de consumo na saúde - saúde como valor de troca e não como valor de uso (CUNHA: 2008, CAMPOS: 2000). A função “porteiro” (“*gatekeeper*” – STARFIELD: 2000, p.214) da atenção básica, filtrando o acesso aos serviços de especialidade, também seria de extrema importância na diminuição de iatrogenias. O fato é que, mais do que melhorar a saúde é preciso reconhecer que a APS pode impedir mortes e danos desnecessários praticados pela biomedicina sob uma lógica de mercado. A crença na “simplicidade” da ABS, ou na sua pequena eficácia, alimenta o mercado da saúde no Brasil.

Atenção Básica no Brasil

Podemos inferir, a partir da comparação entre nações ricas, que existiriam formas de se construir características mais efetivas da APS, tanto por meio de políticas quanto por meio da gestão e práticas. Para CAMPOS (1992; 2000), há relações entre estas esferas que não se dão somente na direção das políticas para as práticas, mas também dependem de mudanças na gestão e nas práticas (ou fatores do “macro” e do “micro”). Características gerais das políticas não seriam suficientes para determinar as práticas e a gestão. O que significa dizer que tanto as diretrizes gerais da política para ABS podem não estar adequadas, quanto, mesmo que estivessem poderiam não ser ainda suficientes. O que significa que é necessário atuar por todos os pontos possíveis do sistema. Não se trata de fazer escolhas entre as diretrizes políticas gerais ou a gestão e as práticas, mas de apontar as especificidades e implicações de cada campo. Em relação ao campo macro estrutural, é necessário admitir a hipótese de que a reforma sanitária brasileira não deu condições adequadas para a implantação da atenção básica. Duas considerações principais reforçam esta hipótese: (1) não se conhece sistemas universais de saúde sem alta prioridade para a atenção básica; (2) a implantação desses sistemas se deu, em geral, com vários enfrentamentos políticos de grupos poderosos

(corporação médica, complexo médico industrial e sistema suplementar de saúde). Esta hipótese convidaria à rearticulação de um movimento sanitário que pudesse reintroduzir na pauta maior ênfase na implementação de uma rede de atenção básica no País.

Algumas outras características da ABS no Brasil também merecem destaque:

- A) O tipo de equipe médica na atenção básica:** pediatras, clínicos e gineco-obstetras x generalistas (a especialidade denominou-se no Brasil de Medicina de Família e Comunidade - MFC). A proposta inicial do Ministério da Saúde para a atenção básica, editada em 1994 por meio do Programa de Saúde da Família (MS: 1994), definia uma formação associada ao médico generalista, mas não definia se deveria haver outros profissionais médicos dando suporte ao generalista. Não definia também, como as cidades que já possuíam Unidades Básicas com um arranjo formado por vários profissionais médicos poderiam se aproximar do modelo proposto pelo Ministério. A proposta atual do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (MS: 2008) contribui parcialmente para a resolução do primeiro problema, na medida em que prevê a contratação de especialistas ou profissionais de saúde que não o médico de família e comunidade. No entanto, ainda não enfoca e nem enfrenta o segundo problema: o que fazer com a imensa rede de centros de saúde tradicionais?
- B) O tipo de Equipe Multiprofissional:** é possível que hajam equipes com médicos e enfermeiros somente (internacionalmente essa é a composição mais comum entre os profissionais universitários) ou com equipe ampliada: presença de psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, etc. Neste quesito podemos destacar a presença, no Brasil, de um profissional não universitário: o Agente Comunitário de Saúde. O Brasil apresenta portanto uma tendência a uma equipe ampliada.
- C) Outra variável importante é a forma de vinculação da clientela:** com ênfase na lógica territorial, como no Brasil, onde a vinculação a uma equipe é baseada no endereço de moradia; ou mais pessoal/individual, onde há possibilidade maior de escolha do médico pelo usuário, como no Reino Unido e Canadá, entre outros. A adscrição territorial para as equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família) no Brasil é mista, na medida em que tanto considera o cadastro de domicílios no território quanto considera o número de pessoas por domicílio. Ou seja, o tamanho do território deve depender do número de pessoas. Chama a atenção o fato de que

se instalou no Brasil uma certa equivalência entre domicílios e famílias, como se fossem necessariamente equivalentes²³. Ou seja, trabalhamos sobre um conceito de família “habitacional”. Tal característica do arranjo brasileiro, seguramente merece um estudo mais detalhado. O vínculo entre equipe de saúde e usuário não parte de algum direito de escolha do usuário em relação a sua equipe. Também não é possível, segundo a proposta brasileira, que pessoas que morem na mesma casa possam procurar equipes diferentes (o que freqüentemente é um desejo das pessoas). Provavelmente, independente dos efeitos sanitários, a possibilidade de escolha da equipe pelo paciente interfere de alguma forma na legitimidade social do sistema. Também é bastante possível que, dada a importância do vínculo terapêutico na Atenção Básica, uma certa flexibilidade de escolha tenha efeito favorável, na medida em que dá mais poder ao usuário e evita a convivência forçada em situações de transferência afetiva muito negativa por uma ou ambas as partes.

As características referidas acima e suas modulações permitem uma multiplicidade de combinações, que diferem em diferentes países. Apesar da imensa variação de combinações, inclusive dentro do SUS, pode ser relevante valorizar aquelas características cuja eficácia foi testada em estudos comparativos em relação a características não testadas.

Cabe aqui uma pequena observação sobre a situação brasileira na implantação da ABS. É possível que ainda haja uma forte herança de um padrão de funcionamento na ABS que privilegie mais fortemente a prevenção e as ações de promoção no sentido mais tradicional desses termos, do que a clínica individual, principalmente médica. Podem resultar daí duas características da nossa Atenção Básica muito peculiares:

- Persistência de Unidades Básicas de Saúde (também denominadas Postos de Saúde) que, poderíamos dizer, são uma fusão miniaturizada entre “CDC²⁴ americano” e “tecnologias programáticas e de promoção à saúde” (ou alguma coisa que a partir da literatura internacional fica difícil de ser denominada como atenção básica).

²³ Se todos do mesmo domicílio/família são adscritos com a mesma equipe, um grupo qualquer de pessoas que se considere uma família (por laços afetivos ou sanguíneos) e que more em domicílios distantes (dois irmãos, por exemplo) não podem ser adscritos à mesma equipe de referência

²⁴ Centro de Controle de Doenças nos EUA, faz atividades de vigilância epidemiológica.

- Lenta implantação de um ESF com dificuldades estruturais e políticas, cujo enfrentamento não estão no horizonte imediato.

O resultado disto tudo é uma situação paradoxal: ao mesmo tempo em que se vive uma política de saúde com debilidades em relação ao modelo de atenção e aos problemas de fixação de profissionais médicos na Atenção Básica, existe uma forte crítica ao trabalho médico-centrado. Talvez se esteja alimentando um círculo vicioso: más condições de trabalho, indefinições políticas/insegurança profissional e demanda excessiva reforçando uma clínica reduzida, dificultando o vínculo e aumentando a rotatividade profissional, tudo isto diminuindo a legitimidade da ABS e dificultando o enfrentamento de questões políticas vitais neste momento. Talvez, de alguma forma, ainda seja válida a crítica de CAMPOS (1991) a uma tendência na área de saúde coletiva de tomar a clínica individual do trabalho médico como intrinsecamente comprometida com a reprodução e manutenção do capitalismo. Conseqüentemente, sobraria pouco espaço real de diálogo a respeito do trabalho médico, tanto com os próprios quanto na sociedade. O que diminuiria as chances de se construir uma política pública capaz de incluir estes profissionais nos serviços de saúde. Esta concepção poderia explicar a tendência no SUS de se buscar uma aproximação da atenção básica com ações de saúde que prescindem do médico. Sob um discurso aparentemente progressista de ruptura com o poder médico, estreita-se o caminho para se implantar o SUS. Na verdade perpetua-se a hegemonia do sistema complementar. Para completar o quadro podemos diagnosticar, lado a lado, ao discurso hipercrítico do trabalho médico, uma certa expectativa de adesão da categoria médica ao SUS através da “conversão” a um “espírito missionário”. Ou seja, um certo apelo piedoso ou heróico (humanista?) que na verdade se opõe totalmente à possibilidade de exercício da cidadania, dos direitos sociais, da construção de autonomia do usuário e da construção real de um sistema de saúde público e universal.

Junta-se a tudo isto o fato, destacado por Bahia (2008) de que o setor suplementar tem crescido muito desde a criação do SUS e que – mais grave ainda – está instituído uma drenagem de recursos públicos para o setor suplementar, assim como um isolamento político da área de saúde das outras políticas de proteção social (este último aspecto apontado também por CAMPOS: 2006). Na prática, o Estado brasileiro financia o

setor privado²⁵ em descontos do Imposto de Renda na compra de convênios privados, na compra de serviços privados de saúde para funcionários públicos por estatais e governos (federal, estaduais e municipais) e com o “atendimento” pelo SUS dos pacientes não lucrativos do setor privado e, ainda, com os gastos com a Agência Nacional de Saúde (ANS), que de fato não cumpre um papel regulador. Em geral, o sistema privado quer atender os saudáveis e excluir os doentes, principalmente crônicos e dispendiosos. O SUS faz esta “parceria” que, além do impacto econômico, tem um impacto político: dá legitimidade à lógica da saúde como mercadoria. No filme de M. Moore sobre o sistema de saúde norte americano (SICKO), ele entrevista um senhor que leva os dedos amputados em um hospital de emergência e recebe, antes de qualquer procedimento, a informação de que o implante de cada dedo custaria 12.000 e 60.000 dólares, respectivamente. No Brasil, o setor suplementar está protegido de enfrentar as consequências e o debate na sociedade deste tipo de prática.

Até mesmo no cotidiano dos serviços de atenção básica, os médicos da ABS em diversas cidades do país, muitas vezes se sentem pressionados a “trocar” receitas e pedidos de exames de médicos do setor suplementar, mesmo não concordando ou desconhecendo os motivos das condutas.

Admitindo que os profissionais no setor privado estão menos sujeitos a controle externo quando expostos ao assédio dos laboratórios farmacêuticos, e que é possível que haja um conflito de interesses em relação à produção de autonomia dos pacientes, (porque menos autonomia pode resultar em mais atendimentos), acaba se configurando um quadro paradoxal em que a presença jurídica de um sistema público não impede o florescimento e a hegemonia do sistema suplementar, com inegáveis impactos na medicalização da população e na inviabilização de um SUS que realmente “dê certo”.

Se no campo das políticas a situação é difícil, em relação aos desafios clínico gerenciais podemos observar que a maior parte das características da ABS, apontadas

²⁵ BAHIA: 2008 “Para o ano de 2005 esses gastos (considerando os de estatais selecionadas) somam pelo menos cerca de 7,5 bilhões assim distribuídos: 1) 979.111,62 milhões para o financiamento de planos de saúde de servidores federais; 2) estimativa de gastos com internações identificadas de clientes de planos de saúde aproximadamente 1 bilhão; 3) gastos tributários de pessoas físicas 1.943 bilhão e gastos tributários de pessoas jurídicas 725.171,08 milhões; 4) 2.726.000 bilhões para o financiamento dos planos de trabalhadores de 8 empresas estatais selecionadas (entre as quais a Petrobrás, o Banco do Brasil e a Caixa Econômica)”

por STARFIELD, convidam a desdobramentos complexos e não normativos. Caso contrário, como pensar vínculo e seguimento (longitudinalidade), sem pensar em um certo tipo de prática clínico-gerencial correspondente, que possibilite uma sustentação do vínculo? (Em outras palavras, seria o mesmo que perguntar: qual tipo de clínica predomina entre profissionais e usuários que estão sempre se vendo pela primeira vez, como no caso de populações adscritas muito grandes?). Como imaginar a integralidade/coordenação sem uma prática clínica ampliada? Coordenar significa também enfrentar certezas míopes de especialistas, quando necessário, valorizando a experiência acumulada longitudinalmente e o vínculo estabelecido, assumindo as incertezas de uma clínica com baixo valor preditivo positivo dos exames. Como imaginar a acessibilidade sem uma disponibilidade/capacidade clínica de se organizar e acolher a demanda não agendada/programada? Como imaginar os diversos tipos de composição de equipe sem pensar no apoio para o trabalho em equipe, contribuindo constantemente na construção de uma grupalidade solidária, de modo a evitar que os conflitos e disputas comprometam o time?

Ou seja, fazer o seguimento longitudinal com vínculo e responsabilização implica tanto em recursos clínicos por parte dos profissionais, quanto em recursos gerenciais (apoio / suporte / cobrança por parte da gestão sobre este tipo de atividade). Da mesma forma a coordenação ou a clientela adscrita.

A hipótese, então, é de que existiria uma lacuna política, cultural, clínica e gerencial em relação a aspectos importantes da construção da Atenção Básica no Brasil, confrontando-se em grande medida com a atual política para a atenção básica no Brasil, onde as características da ABS são pouco debatidas em nome de uma lógica dicotômica: PSF ou não PSF. Entre muitas, três questões importantes ficam ofuscadas no debate sobre a ABS no SUS: (1) a questão da aproximação das Unidades de Saúde Tradicionais das melhores características do PSF, que são também da APS. (2) A questão do tamanho da clientela: tanto no PSF quanto nas UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, até que ponto buscar definir uma clientela menor, não seria mais honesto com trabalhadores e sociedade? (3) A questão da esquizofrenia organizacional nos municípios do País, que contém dois tipos de ABS. Qual tipo de percepção sobre a atenção básica a coexistência de UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE e PSF produz na população? Que tipo de clima

institucional se produz com esta duplicidade de política, de objetivos, de método de trabalho e até mesmo, muitas vezes, de contratos?

A pergunta que valeria ser dirigida à política oficial seria, por que não qualificar as unidades básicas tradicionais da estratégia de saúde da família? Por exemplo, admitindo que algum tipo de adscrição de clientela (mesmo que por profissionais médicos e enfermeiros) seja possível em qualquer circunstância, e admitindo ainda, que a atividade de coordenação da atenção no sistema seja uma atividade importante na ABS, já se poderia iniciar alguma aproximação entre todos os serviços de atenção básica. Quanto à segunda questão, é necessário dizer que após a epidemia de “acolhimento” que se espalhou pelo país, uma grande parte de profissionais, gestores e formuladores de políticas do SUS passou a colocar em campos opostos o princípio da universalidade do SUS e a adscrição de clientela, com o respectivo limite de atendimentos. Existe sempre um forte interesse do gestor municipal na eliminação artificial das filas de atendimento. No entanto, quando se busca a extensão de cobertura de forma desproporcional ao tamanho das equipes não se está “definindo” um tipo de clínica degradado? Não se está alimentando uma certa ideologia que se nutre da idéia de que qualidade de atenção individual se obtém fora do setor público? Não se está chamando de Atenção Primária algo que talvez seja tão-somente uma atenção não hospitalar? Não se está impedindo que o debate sobre o SUS apareça qualificado na sociedade? Não se está, por extensão, evitando um embate cultural sobre a mistificação e valorização do conhecimento do especialista em detrimento do conhecimento do generalista (baseado no vínculo, no seguimento e na ponderação negociada da singularidade de cada caso)?

Todas estas questões ganham concretude no cotidiano dos serviços de saúde. O desafio que se apresenta é que as estratégias que atuam no cotidiano das práticas e da gestão contribuam para qualificar e legitimar os serviços de saúde, mas que, ao lograr algum sucesso, nem por isto ratifiquem os erros e os limites dos SUS. São necessárias mais do que nunca estratégias que não separem Clínica e Política.

Os Grupos BALINT

Balint, no início do seu livro “*O médico, o paciente e sua doença*”, faz um diagnóstico da prática da clínica médica da sua época que permanece em grande medida atual. Sobre os encontros entre médicos e pacientes ele diz:

“Estas situações são muito freqüentemente trágicas; o paciente tem verdadeira necessidade de ajuda, o médico tenta honestamente tudo o que pode – e, entretanto, apesar dos esforços de ambas as partes, as coisas tendem obstinadamente a andar mal.”

(BALINT: 1988, p.11)

BALINT destaca a dimensão relacional da clínica:

“A discussão revelou rapidamente (...) que a droga mais freqüentemente prescrita na clínica geral é o próprio médico, isso é, que não apenas importavam o frasco de remédio e a ou a caixa de pílulas, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente – em suma toda a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida”

(Idem: p.01)

Balint, referindo-se aos seminários anteriores à criação do seu método de trabalho, na clínica Travistok, chamava a atenção para a “substância médico”. Ele observava que não havia, como acontece com os fármacos, “*em nenhum tipo de manual, referências quanto à dosagem, apresentação e posologia, quais doses de cura e manutenção, etc.*”. Ainda menos, qualquer menção a respeito dos possíveis efeitos colaterais. O problema permanece atual: se tomarmos como indicadores de dificuldades da prática clínica não somente os conflitos entre profissionais de saúde e pacientes, mas também a chamada “baixa adesão”.

Balint (1988) relata a síntese de seus aprendizados com esta experiência depois de cerca de 10 anos de trabalho no livro mencionado acima.

O autor apontava para algo que já era comum em sua época: havia já uma consciência de que era bastante difícil fazer a clínica na atenção primária sem conhecimentos a respeito da dinâmica psicológica dos pacientes. Havia então um intenso movimento para fornecer cursos aos médicos sobre psicologia e psicoterapia na clínica médica. Balint analisava que este grande investimento resultara pouco frutífero. O motivo

é que

*(...) professores e alunos têm adotado sem crítica as formas e métodos dos hospitais escola e dos cursos tradicionais de extensão; quer dizer cursos concentrados quase tempo integral, de uma duração aproximada de duas semanas, cujo material principal são as conferências e as visitas às enfermarias, ilustradas com histórias e demonstrações clínicas. Esqueceu-se completamente que **a psicoterapia é, acima de tudo, não conhecimento teórico, mas capacidade pessoal***

(BALINT: 1988, p.258)

A busca de uma proposta para algum tipo de abordagem que pudesse contribuir, tanto para a investigação do problema quanto para sua solução, apareceu na forma de grupos formados por médicos da atenção primária do NHS (National Health System) - os chamados *General Practitioner* – através de encontros semanais. Os grupos eram voluntários e formados por oito a dez médicos cada um. A divulgação dos convites para participar dos grupos se dava por anúncios em jornal. Cada grupo possuía um coordenador e o tempo de duração do grupo era de dois anos.

É interessante notar que Balint desse preferência aos clínicos gerais da Atenção Primária em relação aos especialistas de ambulatórios e hospitais:

“ainda que os problemas de seus pacientes fossem os mesmos, o enfoque técnico do especialista, em realidade toda atmosfera da sala ou do consultório do hospital, é tão diferente da que prevalece no consultório do clínico geral que nos vimos obrigado a reconhecer esta diferença”. (Idem: p.258)

Essa percepção do autor sintoniza-se com as diferenças da clínica na Atenção Básica e na Atenção Hospitalar Tradicional, apontadas por mim em trabalho anterior²⁶ e também por ALMEIDA (1988). É importante dizer que estas diferenças estão sendo cada vez mais questionadas na medida em que o perfil epidemiológico da população se move em direção às doenças crônicas e que se percebe a necessidade de uma clínica ampliada e integrada em todos os serviços de saúde.

Os grupos BALINT reuniam-se uma vez por semana durante “dois ou três anos, embora alguns tenham se prolongado ainda mais”. As reuniões se realizavam na “primeira hora da tarde do meio do dia livre que habitualmente os médicos clínicos” tinham. O objetivo era permitir a participação sem interferência, mesmo em épocas de

²⁶ CUNHA 2005

atividades clínicas mais intensas, a média de frequência foi de 90 a 95% para o ano todo²⁷.

Balint definiu que o grupo deveria ter uma tarefa mista entre pesquisa e formação. Mais especificamente, buscava três objetivos:

- a) Estudar as implicações psicológicas da clínica tradicional;
- b) Formar os clínicos para lidar com estas implicações;
- c) Criar um método de treinamento para lidar com estas implicações;

Diante destes objetivos, Ballint acreditava que a pesquisa só poderia ser realizada com os médicos participando ativamente dela, e não tentando observá-los de “fora” ou apesar deles. Para que o ‘material científico’ aparecesse era preciso que os profissionais estivessem atentos, que tivessem alguma formação sobre o tema, de modo que o grupo buscava fazer as duas coisas: compreender as implicações psicológicas da clínica geral e ensinar os profissionais a perceber estas implicações, ajudando-os concomitantemente a fazer isto.

Participavam do grupo, além dos clínicos, dois psiquiatras. Cada membro do grupo podia solicitar uma hora de ajuda particular aos psiquiatras para discussão dos seus casos.

A dinâmica do grupo centrava-se na apresentação oral dos casos clínicos. Havia um acordo para evitar a distribuição de manuscritos porque o método Balint assumia certa analogia com o método psicanalítico, em que a exposição dos casos sem manuscritos permitia ao relato alguma proximidade com a “livre associação” da psicanálise.

Sobre a tecnologia de abordagem do campo “psi” “em serviço”, BALLINT procurou se fundamentar nas tecnologias de formação psicanalítica que existiam na sua época. Ele percebeu a existência de dois grandes sistemas de formação: a escola de Berlim, que ele dizia ser referência para a maior parte das escolas psicanalíticas e o Sistema Húngaro. A diferença se dava justamente no fato de que na formação berlinense a contra-transferência do profissional para o paciente era abordada somente na terapia individual, enquanto na formação húngara este tema podia ser abordado em grupo, na discussão do

²⁷ Embora tenha havido desistências da ordem de 60% no primeiro grupo e de 35% em média nos grupos seguintes de M. Balint. O autor fez um perfil dos médicos desistentes: primeiros os clínicos mais famosos, depois os psiquiatras, permanecendo os Generalistas (GP).

caso clínico. Esta característica do sistema húngaro possibilitou à Balint imaginar uma dinâmica grupal que, ao mesmo tempo fosse uma formação psicoterápica e, em alguma medida, um processo terapêutico. O que significa dizer que importava descobrir e lidar não somente com as transferências do paciente para o médico, mas também do médico para o paciente. Assim como o método Paidéia em relação aos espaços de gestão, BALINT pressupunha, em algum grau, uma dimensão terapêutica nos seus grupos “operativos”.

No plano pedagógico, Balint acreditava que não se tratava (somente) de fornecer conhecimento teórico aos profissionais, mas sim, possibilitar o desenvolvimento de uma “capacidade pessoal”. Para ele, o desenvolvimento da capacidade pessoal dependeria da exposição às situações reais, o que implicava, em alguma medida, na “transformação da personalidade”. Era necessário criar condições para:

a) *“permitir aos médicos aplicar desde o princípio alguma psicoterapia sob supervisão e”;*

b) *“possibilitar que eles conseguissem visualizar a uma certa distância seus próprios métodos e suas reações frente ao paciente, reconhecendo os aspectos da sua própria maneira de lidar que eram úteis ao pacientes e suscetíveis de compreensão e desenvolvimento, e os que não fossem tão úteis e que, uma vez compreendido o seu sentido dinâmico, necessitassem ser abandonados ou modificados”* (idem: p.260).

Para isto, ou como parte disto, ele objetivava apurar a sensibilidade profissional, criando condições para que o profissional pudesse perceber o “processo que se desenvolve, consciente ou inconscientemente, na mente do paciente, quando médico e paciente estão juntos” (idem: p.262). Tanto a auto percepção como a percepção do outro pressupõem que os “fatos” que interessam não são somente aqueles ditos “objetivos” e que geralmente podem ser mais

“facilmente expressados em palavras. Os fatos que nos interessam são de caráter acentuadamente subjetivo e pessoal, e freqüentemente apenas conscientes, ou então absolutamente alheios a todo controle consciente; e também costuma ocorrer que não existam formas inequívocas que permitam descrevê-los em palavras”. (idem)

No entanto, salienta BALINT:

“estes fatos existem e influem profundamente na atitude individual frente a vida em geral e em particular no ato de ficar doente, aceitar ajuda médica, etc...” (IDEM)

É importante dizer que já naquele tempo era uma característica do NHS a adscrição

de clientela, com uma certa liberdade dos usuários de escolherem os médicos de referência, de modo que os vínculos tendiam a ser longos e as rupturas, em função de dificuldades relacionais, bastante explícitas e, muitas vezes, incômodas. Bem diferente do nosso contexto atual do SUS, em que estes vínculos são pouco claros, a responsabilidade é diluída e muitas vezes lembrada somente em situações em que a ruptura de um seguimento clínico implica em um risco coletivo (doenças epidêmicas e contagiosas).

Os Grupos Balint e o Método Paidéia

Para formular uma proposta que utiliza fortemente elementos do Método Paidéia de co-gestão e dos Grupos BALINT pode ser útil comparar na tabela a seguir os dois métodos.

GRUPO Balint TRADICIONAL	Método Paidéia
Discussão de Caso	Discussão de temas (núcleos de análise) e casos no sentido amplo
(quase) sem ofertas teóricas	Com ofertas do apoiador
Busca aumentar a capacidade para lidar com as Implicações psicológicas da clínica geral	Aumentar capacidade de análise e intervenção (lidar com poderes, afetos e saberes com mais autonomia)
Grupo de semelhantes (o caso não é uma tarefa objetivamente comum)	Coletivos organizados para produção de valor de uso (grupo operativo interdependente)
Clínica do Médico GP – com clientela adscrita (continuidade e coordenação)	Equipe Interdisciplinar.
Análise da contra-transferência	Análise das transferências e de outras forças mais ou menos inconscientes que operam nas diversas relações dos sujeitos
Sujeito da psicanálise (desejo impossível de ajudar a “suportar o fardo”)	Sujeitos singulares co-produzidos. Desejo faz parte do Sujeito.
Reuniões periódicas fora do espaço institucional formal	Busca da construção de espaços coletivos (formais e informais) dentro da gestão da organização
Tende a reduzir discussões à relações individuais	Assume a tríplice finalidade das organizações

Uma diferença importante dá-se em relação aos laços de grupalidade de um e de outro tipo de grupo. O Método Paidéia se aplica a grupos (coletivos organizados para produção) com alto grau de interdependência (ainda que muitas vezes isto não seja percebido ou desejado), enquanto que os grupos Balint constituem a grupalidade principalmente a partir de uma identificação com os casos trazidos por cada um dos participantes. São muito laços e são muito diferentes em um caso e noutro caso - e isto tem implicações importantes na condução do grupo. Outro aspecto importante é o caráter mais propositivo do Método Paidéia. Nos grupos Balint as ofertas são mais sutis e restritas à teorias psicológicas, principalmente o conceito de transferência e contra-transferência. No Método Paidéia as ofertas são uma parte importante do método: pode ser oferecido um texto, uma discussão teórica com um especialista (apoio matricial) ou mesmo uma aula. São maneiras de aumentar a capacidade de análise. Tanto um quanto o outro reconhecem o risco de mitificação que as ofertas teóricas podem produzir, inclusive, impedindo que o grupo aborde aspectos inconscientes e sensíveis. Contudo, o método Paidéia aposta também na possibilidade de desmitificação que o processo de introdução de diferenças – trazidas por outros saberes e atores - podem levar ao grupo. O Método Paidéia é influenciado pelo aprendizado dos grupos operativos de Pichon Rivere, e por isto investe na tarefa comum e interdependente (realização e avaliação) como forma de lidar com mecanismos inconscientes de fuga. Evidentemente, os grupos Balint não têm uma tarefa comum tão clara. Um exemplo: é fato que o sistema de saúde oferece um certo tipo de relação de poder entre especialistas e generalistas, entre médicos e enfermeiros, etc. Este tema foi abordado por Balint, que buscou ajudar estes profissionais a lidar, principalmente, com a sensação de inferioridade. Na mesma situação, com o Método Paidéia também se poderia discutir outros temas, como o tipo de contrato entre generalistas e especialistas, a proposta de “apoio matricial”, as questões epistemológicas do saber especializado e da “ciência”, os interesses econômicos envolvidos e correlações com a cultura atual, entre outros, de acordo com o contexto e o momento do grupo.

Na construção dos GBP buscou-se aproveitar as diferenças da melhor forma, como será descrito adiante.

CAPÍTULO II

A proposta de Grupos Balint-Paidéia de co-gestão e de apoio da clínica no SUS

A prática da clínica ampliada requer certa capacidade individual e coletiva que vai além da dimensão cognitiva. Como dissemos acima, Michaël Balint percebeu que não se tratava apenas de reconhecer intelectualmente a dimensão subjetiva das relações clínicas, mas antes, de aprender a lidar com o fluxo de afetos inerentes a estas relações.

A partir da contribuição de Michaël Balint buscamos construir uma variação atualizada dos grupos BALINT que chamamos BALINT-PAIDÉIA. É importante aqui fazer um pequeno parêntese para destacar que, para o método Paidéia e para os dispositivos correlatos a ele (clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referência e apoio matricial), todos os espaços de encontros entre trabalhadores, e destes com os usuários, são espaços de aprendizado, onde se lida com saberes, com poderes e com afetos. Ou seja, não se trata aqui de propor um arranjo substitutivo aos outros e muito menos algo que permita à organização prescindir da incorporação em todos os seus espaços, e da sua capacidade mínima para lidar com estes temas, principalmente a subjetividade (Campos: 2000; Cunha: 2004). Trata-se sim de utilizar a grande contribuição de M. Balint e colaboradores e propor mais um recurso de trabalho sinérgico com os outros dispositivos e com o Método Paidéia para a Co-gestão.

BALINT não estava na gestão direta do NHS britânico, mas assumiu, a partir da clínica Tavistok, uma responsabilidade que hoje consideramos típica dos gestores: o apoio ao trabalho clínico dos profissionais. Assim, a proposta de grupo BALINT hoje, para ser aproveitada dentro do SUS, precisa ser adaptada para o contexto dos desafios gerenciais atuais do SUS. Coloca-se, portanto, da mesma forma que à M. Balint, o problema de criar métodos gerenciais e de formação de profissionais que facilitem de forma real uma prática clínica ampliada.

Chamamos a proposta adaptada de “GRUPO BALINT – PAIDÉIA” (GBP), ao mesmo tempo um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam

lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele. Trata-se de um grupo para discussões de casos clínicos e gerenciais (relações institucionais) formado por profissionais envolvidos com o atendimento direto à população.

	GRUPO BALINT PAIDEIA	GRUPO BALINT
1.	16 a 20 participantes (8 a 10 duplas por equipe)	8 a 10 participantes ²⁸
2.	Médicos e enfermeiros (com abertura para outras composições de duplas dependendo da composição das equipes de SF)	Médicos
3.	Apresentação e Discussão de Casos Clínicos-Gerenciais (individuais e coletivos). Temas flexíveis, abertos aos acontecimentos e investimentos.	Apresentação e Discussão de Casos Clínicos. Temas centrados na relação clínica
4.	Com ofertas teóricas diversas (metade do tempo para discussão, metade para aulas ou leitura de textos)	Sem ofertas teóricas explícitas
5.	Duração de 1 a 2 anos	Duração de 2 anos ou mais
6.	Atividade vinculada e articulada com a gestão do sistema de saúde	Atividade voluntária desvinculada da gestão do serviço ou sistema de saúde
7.	Coordenadores participantes (ou não) da gestão	Coordenadores do grupo externos à gestão dos serviços
8.	Tempo de duração de cada encontro: um período de 4 horas, sendo duas horas para discussões de casos e duas horas para atividades teóricas	Tempo de duração de cada encontro: 1h até 1h e 30min.
9.	Intervalo entre os encontros: semanal ou quinzenal	Semanal
10.	Grupo semi-aberto (multirreferencial ²⁹). Possível presença – quando demandados – de outros profissionais e gestores.	Grupo fechado nos mesmos participantes
11.	Possível associação com cursos de especialização (“gestão da clínica na atenção básica” e “Saúde da Família”)	Sem associação com outros recursos pedagógicos
12.	Utilização de recursos de Ensino à Distância ³⁰ (EAD)	Apenas encontros presenciais
13.	Possível utilização em pesquisa “participante” com dimensões pedagógica gerencial (política) e afetiva.	Possível utilização em pesquisa “participante” com dimensões pedagógica e afetiva.

O GBP é formado por médicos e enfermeiros, basicamente porque esta é a composição mínima de profissionais universitários na ESF. Não deve ultrapassar o

²⁸ A Dra. Rita F. G. Branco, da Universidade Católica de Goiás e especialista em Grupos Balint, observa que “*hoje já existem os Grupos Balint Ampliados que permitem a participação de até 20 pessoas*”. Observa também que atualmente os Grupos Balint já são feitos com a presença de enfermeiros, sendo que “*na Suíça, na Argentina e em Goiás são feitos com profissionais de saúde em geral e professores*”.

²⁹ MOURA (2003: p.71) sobre os “coletivos”: “o coletivo tal como o entendemos se orienta de tal modo que seja possível absorver a co-existência em seu seio de uma variedade imensa de fatores, elementos e referenciais, os mais díspares”.

³⁰ Utilizou-se principalmente a ferramenta TELEDUC, software livre desenvolvido pelo Centro de Computação da Unicamp (www.ead.unicamp.br).

número de vinte pessoas, totalizando no máximo 20 profissionais oriundos de 10 equipes. Nada impede, contudo, que os grupos sejam menores, uma vez que BALINT propunha grupos de 8 a 10 médicos. De qualquer forma, preferencialmente o médico e o enfermeiro devem ser da mesma equipe. Caso isto não aconteça, deve-se pensar na possibilidade de diminuir o número de participantes, de modo que não demore muito para que a discussão de caso retorne a cada participante. Quanto maior o grupo mais difícil é a participação e a construção de uma grupalidade solidária. Ainda quanto à composição do grupo, pode ser bastante positivo que ele inclua outros profissionais da equipe (ou não) como dentistas e psicólogos, dependendo da necessidade e da composição local. Muitas vezes a presença de um profissional com perfil diferente do biomédico, como um psicólogo ou um terapeuta ocupacional, enriquece o grupo. No entanto, é importante que haja mais de um profissional de cada equipe para facilitar a percepção da complexidade do caso e da relação de cada profissional com o paciente, além de possibilitar, com maior facilidade, desdobramentos práticos na equipe.

É importante que seja pactuado no grupo, na rede e nas equipes a possibilidade de participação eventual, sempre que necessário, de outros profissionais. O objetivo é contribuir em momentos específicos, seja através da participação de um especialista da rede que também acompanha o caso (e esta é uma boa oportunidade para se exercitar o apoio matricial dos especialistas na rede), seja através de algum outro membro da equipe ou da unidade de saúde (como um auxiliar de enfermagem, um agente comunitário de saúde ou um coordenador de unidade).

Talvez a principal semelhança entre as duas propostas, ou melhor, a principal herança dos grupos Balint no GBP, seja a possibilidade de um trabalho gerencial e pedagógico menos atravessado pelo caráter emergencial dos instrumentos de gestão da clínica. As discussões de caso nos GBP não almejam, na maior parte das vezes, uma transformação imediata e uma resolução urgente (embora não se tenha nada contra esta possibilidade). Quando se discute um caso clínico ou um problema em um espaço gerencial, ele demanda uma solução ou ao menos uma decisão imediata, saindo da pauta quando a situação se acalma. Nos GBP existe a possibilidade de observar casos por um tempo mais longo. O grupo não é uma instância deliberativa. É um espaço de troca e de aprendizado. É um raro espaço onde é, não somente permitida, como também estimulada a verbalização de dificuldades, fragilidades e desconhecimentos. Embora obviamente discuta-se muito o que pode e deve ser feito em cada caso, somente dois profissionais

são realmente responsáveis por isto, e não sozinhos, mas na respectiva equipe.

O GBP permite que profissionais imersos em contextos semelhantes e provavelmente com problemas parecidos, ainda que singulares, possam compartilhar dificuldades e soluções e construir alguma grupalidade. É muito comum que profissionais que trabalhem na Atenção Básica na mesma cidade ou região tenham muito pouco contato entre si.

É muito importante destacar uma diferença com o grupo BALINT tradicional: nestes os temas eram sempre os casos clínicos, enquanto que nos GBP existe uma abertura para se discutir casos gerenciais, institucionais, casos de saúde coletiva e da dinâmica da equipe.

a. Como iniciar?

Uma vez que se imagina a proposta de GBP dentro do Sistema Único de Saúde, recomenda-se que haja uma discussão ampla e não apressada da proposta de trabalho na organização, antes de iniciar os trabalhos de grupo, incluindo os gestores e trabalhadores e utilizando os espaços rotineiros de co-gestão ou extraordinários se necessário. É recomendável divulgar e abordar com os interessados os objetivos da proposta, critérios de escolha dos participantes e a dinâmica de trabalho. É importante definir um tempo mínimo de funcionamento do grupo para que ele possa render frutos e ser avaliado. Este tempo mínimo deve ser entre um ano e um ano e meio. Depois deste tempo o trabalho deve ser avaliado pelo grupo e pelos gestores, para decidir sobre a continuidade ou não. No caso de cidades maiores, muitas vezes não é possível que todas as equipes de uma região tenham acesso a esta oferta durante todo o tempo, e então a duração do grupo poderá permitir um rodízio. É importante destacar que o processo de discussão da proposta deve ser cuidadoso, tanto para adaptar criativamente a proposta para cada contexto quanto para facilitar os contratos com o grupo e com a rede assistencial a qual estejam ligados.

b. O contrato

Ao ser definido o grupo é preciso pactuar a forma de trabalho. Apesar de ser saudável que cada grupo construa um contrato singular passível de ser reavaliado de tempos em tempos, alguns parâmetros devem ser considerados:

- O sigilo das informações trocadas no grupo. Tanto o sigilo em relação aos casos clínicos, quanto no que diz respeito às relações gerenciais e internas da equipe. Este é

um ponto fundamental e deve haver um compromisso explícito dos mediadores e gestores presentes de não utilizar informações obtidas de forma não autorizada ou pactuada.

- O sigilo precisa incluir as relações de poder na instituição. Isto significa que é preciso deixar claro que o espaço de trabalho do grupo deve ser um espaço PROTEGIDO, onde deve ser construída a liberdade para críticas e questionamentos. Faz parte dos objetivos do grupo possibilitar o aprendizado de fazer e receber críticas de forma construtiva. Dadas as relações de poder instituídas, o gestor deve dar o primeiro passo e deixar claro a “imunidade” do espaço de trabalho do grupo a pressões gerenciais. Nem sempre os gestores – pelo lugar que ocupam – conseguem dimensionar o quanto as relações hierárquicas costumam calar críticas, invisibilizando a gestão de conflitos – e isto pode ocorrer mesmo quando há um esforço consciente para construir espaços coletivos de co-gestão.

- O tempo de trabalho: recomenda-se reservar um período para as atividades, sendo de rotina 2 horas para discussão de casos e duas horas para ofertas teóricas. Esta composição do tempo não precisa ser rígida e deve se adequar às demandas do grupo. É recomendável que, sempre no início das atividades, seja possível retomar uma avaliação do impacto do encontro anterior, do desenvolvimento das questões apresentadas e do(s) caso(s). Com grupos menores é possível pensar em duração menor, pois são menos pessoas para falar.

- A apresentação dos casos: é importante pactuar um roteiro mínimo para ser seguido para a apresentação dos casos. No ANEXO 2 apresentamos uma proposta de roteiro para os casos clínicos, baseada nas propostas de PTS e clínica ampliada. É apenas uma referência e deve ser sempre colocada em discussão no grupo, além de aperfeiçoada e questionada. Para a apresentação dos casos institucionais, gerenciais e de relação na equipe, os chamados “núcleos de análise” (CAMPOS: 2000) do Método Paidéia são a principal referência que temos utilizado como mapas; no entanto, também apresentamos no ANEXO 3 um pequeno roteiro de alguns pontos importantes mais freqüentes, que podem inclusive contribuir com a apresentação dos casos. Mesmo quando definido um roteiro singular para o grupo, ele deve ser flexível e estar permanentemente aberto a mudanças.

- É importante pactuar o compromisso com o caso apresentado: quem traz um caso

assume a responsabilidade em dar prosseguimento às discussões na equipe, de articular rede social e principalmente de fazer devolutivas para o grupo de discussão. Esta responsabilidade bilateral entre o grupo e o apresentador do caso implica certa flexibilidade do grupo para mudar agendas e incluir casos imprevistos, acolhendo os momentos de crise dos profissionais em relação aos casos acompanhados.

c. Frequência dos encontros:

O grupo deverá definir uma periodicidade - semanal ou quinzenal. A experiência quinzenal possibilita um tempo maior de amadurecimento das discussões entre um caso e outro. No entanto, também pode permitir maior dispersão. A melhor frequência nos encontros vai depender do contexto e das características de cada grupo. Os grupos BALINT eram semanais com duração de pouco mais que uma hora.

d. Atividades de educação à distância:

Sempre que possível é interessante utilizar as ferramentas de internet para disponibilizar bibliografia, continuar discussões em fóruns, possibilitar o compartilhamento de relatos e textos escritos por participantes do grupo, etc. A ferramenta que consideramos disponível (software aberto) e simples é o TELEDUC (<http://www.ccuec.unicamp.br/EAD/>). A ferramenta permite também um registro dos diversos momentos do grupo e pode ser utilizado posteriormente pelo próprio grupo para resgatar seu percurso.

e. Ofertas Teóricas ao Grupo

É uma riqueza desse tipo de grupo a possibilidade de oferecer o suporte teórico em sintonia com as questões discutidas no grupo. Para isto é importante que o(s) coordenadores do grupo se disponibilizem a buscar conteúdos adequados a cada momento do grupo. Alguns temas devem estar presentes desde o início: co-gestão e Equipe de Referência/Apoio Matricial (CAMPOS 2003,2007), Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular, Acolhimento, Abordagem Sistêmica da Família, Grupos Balint (função apostólica, relação com especialidades, padrões de subjetividade), relatos de casos clínicos, entre outros.

- Pactuação sobre momentos de re-avaliação: assim como na co-gestão, a necessidade de tomada de decisão e realização de pactos deve estar pareada com a possibilidade de revê-los e de avaliá-los. É importante que esta possibilidade esteja

programada e esteja aberta ao grupo.

f. Os Apoiadores

Quando se pensa os GBP como mais uma oferta gerencial, imagina-se os coordenadores escolhidos dentro do quadro gerencial da secretaria municipal de saúde, ou do quadro gerencial de um serviço grande, como um hospital. Não se imagina que estes profissionais necessitem de uma formação especial, mas principalmente de alguma disposição para aprender a lidar com esta dinâmica tão especial que é a da clínica e do apoio à gestão CAMPOS (2003: p.85), através das discussões dos grupos. Pode ser interessante pensar a possibilidade de gestores abrirem espaço na agenda para coordenar grupos de trabalhadores de outros serviços (que não aquele que ele gerencia), como forma de possibilitar um contato como experiência, propostas e cuidados metodológicos

g. Duração das atividades

Recomenda-se reservar um período para as atividades, sendo de rotina 2 horas para discussão de casos e duas horas para ofertas teóricas. Esta composição do tempo não precisa ser rígida e deve se adequar às demandas do grupo. É recomendável, sempre no início das atividades, retomar uma avaliação do impacto do encontro anterior, do desenvolvimento das questões apresentadas e do(s) caso(s). Com grupos menores é possível pensar em tempos menores, pois são menos pessoas para falar.

Problemas freqüentes nos grupos BALINT e a dinâmica do GBP

Balint, quando formulou o seu método de trabalho, utilizava, além das próprias formulações, o referencial da psicanálise da época para diagnosticar problemas na clínica médica, propor uma dinâmica de trabalho grupal e potencializar o seu método. Balint assume que o jogo transferencial é inerente às relações humanas e busca então possibilitar ao profissional de saúde reconhecer e lidar com os seus próprios afetos na relação com o paciente, além de perceber os afetos do paciente. Ele deseja possibilitar ao profissional

“visualizar de certa distância seus próprios métodos e suas reações frente ao paciente, reconhecer os aspectos da sua própria maneira de lidar com o paciente que são úteis e susceptíveis de compreensão e desenvolvimento e os que não são tão úteis e que, uma vez compreendido

o seu sentido dinâmico, necessitem ser modificados ou abandonados”.

(BALINT: 1988, p.260).

Trata-se da possibilidade de contribuir para o desenvolvimento de uma “sensibilidade” nas relações clínicas. No caso dos GBP, acrescentamos que esta mesma sensibilidade precisa se estender às relações entre os profissionais da própria equipe, os profissionais do apoio, da gestão e mesmo “à” Instituição. Como já dissemos, esta tarefa não pode ser exclusiva deste grupo de trabalho, mas deve estar presente em toda a gestão/clínica.

Balint ressaltava a necessidade de se tentar criar

“uma atmosfera livre e amistosa do ponto de vista emocional”, na qual seja possível enfrentar o fato de que nossa verdadeira conduta é freqüentemente diferente do que pretendíamos que fosse e do que sempre acreditamos que era. Adquirir consciência da discrepância entre nossa conduta real, nossas intenções e crenças não é tarefa fácil”. (IDEM)

Nos GBP existe um maior número de variáveis porque o grupo é maior, os temas mais diversos e podemos supor que a dificuldade para criar esta atmosfera seja um pouco maior. Diante deste desafio parece relevante retomar brevemente algumas ponderações de BALINT a respeito de três tipos de transferência mais freqüentes nos seus grupos de trabalho:

- a) Profissional de saúde – paciente
- b) Profissional de saúde – coordenador do grupo
- c) Profissional de saúde e o resto do grupo.

Seguindo a mesma lógica, pode-se acrescentar mais dois padrões potencialmente mais fortes nos GBP:

- d) os padrões possíveis de transferência de cada profissional de saúde do grupo, com a sua equipe (inclusive o profissional que faz dupla com ele no grupo),
- e) de cada profissional de saúde e as instâncias de gestão (coordenações da unidade de saúde, do distrito do município e o apoiador/coordenador do grupo que pode também fazer parte da gestão).

Em relação aos três primeiros padrões, BALINT faz algumas recomendações importantes. O padrão transferencial (b) entre o coordenador do grupo e o grupo, na dinâmica dos grupos BALINT, deve ser pouco utilizado como instrumento de trabalho, embora esteja sempre presente. BALINT aponta que a utilização deste padrão transferencial como instrumento de trabalho levaria o grupo a um “polo francamente terapêutico”. “Para alcançar este objetivo [desviar deste padrão transferencial] o chefe do grupo procura conseguir a mais íntima fusão com o grupo” (IDEM). E evita até onde lhe for possível, fazer interpretações pessoais. BALINT lembra que num grupo terapêutico típico, as interpretações do analista produzem *“uma intensificação das emoções (...) que tomariam um caráter cada vez mais primitivo”*, exceto na última fase da situação terapêutica. BALINT admite que é impossível evitar que sobre o coordenador do grupo, pela hierarquia e sua função, se concentre uma *“boa quantidade de emoções”*. *“O fato em si deve ser compreendido e aceito, mas nos abstermos de interpretá-lo detalhadamente”* (IDEM: p.266). BALINT acrescenta que no decorrer dos trabalhos do grupo não é possível subestimar a importância desta relação com o chefe do grupo. *“O chefe do grupo representa os padrões para os quais aspira o plano de ensino”*. Ou seja, com o tempo do grupo cada vez que o profissional entrevista um paciente

“está em espírito presente o chefe do grupo. Conseqüentemente e de acordo com a postura emocional do clínico geral, a entrevista tem por objetivo mostrar-se ao chefe do grupo e demonstrar que estava equivocado, comprovar que o clínico geral aprendeu sua lição e pode arranjar-se sem o chefe, ou que sua opinião foi mais válida e penetrante” (BALINT 1988)

Ou seja, existiria uma mitificação do saber do coordenador que o coloca em situação muito especial. Utilizando o Método Paidéia, podemos dizer que esta mitificação é de certa forma intrínseca, sendo inclusive necessária para produzir uma ligação inicial entre os participantes, mesmo quando contenha certo grau de fantasia. Afinal, porque estariam ali reunidos aqueles profissionais de saúde, se não houvesse de início uma “expectativa” positiva no coordenador, senão na pessoa, ao menos no método de trabalho? Desta forma, cabe ao coordenador lidar com esta relação, que é também uma relação de poder, e é, em boa medida, análoga àquela do profissional de saúde com o paciente, ou do psicanalista com o analisando. O problema está em como utilizar esta energia investida pelo grupo no coordenador de forma a aumentar a capacidade análise e a intervenção do grupo (e não na manutenção ou no aumento deste poder). Cabe aqui acrescentar

também, em relação à proposta do GBP, que este coordenador terá a possibilidade de ter sobre si o padrão (e) de transferência de cada profissional com a instituição e com a gestão, complicando um pouco o manejo em várias situações, mas também potencializando-o em outras. Nos GBP, o coordenador pretende funcionar como um apoiador gerencial Paidéia, o que lhe obriga a trazer ofertas analíticas e teóricas ao grupo. A prática da co-gestão dos trabalhos em todas as suas etapas e momentos objetiva amenizar esse efeito, já que o apoiador também procura, conforme recomendava Balint, diluir-se ao máximo entre os participantes, ainda que no limite seu papel sempre impeça a fusão completa, sempre restará um diferencial de poder e de papel entre o apoiador e outros integrantes do grupo.

No entanto, nos parece conveniente lembrar qual o caminho proposto por BALINT para melhor lidar com esta situação:

“Creio que mediante o emprego da contra-transferência do médico a seu paciente habilitamos o profissional a adquirir no mínimo essa considerável embora limitada “transformação da personalidade”, sem necessidade de uma prolongada análise pessoal. Talvez o sistema que utilizamos com maior freqüência seja o da comparação dos métodos de cada médico com os de seus colegas de grupo. Simplificando um pouco as coisas, poderíamos dizer que utilizamos a associação fraterna em lugar do pai primitivo” (IDEM)

Aqui é conveniente acrescentar uma preocupação destacada por MOURA (2003) quando pensa as “reuniões” nos equipamentos de saúde mental:

“Entretanto, como instituição ela [a reunião] tende, como já vimos, a se estabelecer, a insistir narcisicamente na própria existência e a isolar-se de seu entorno, constituindo-se em uma ‘igrejinha’, em um grupo fechado e auto-referente” (MOURA: 2003, p.78)

Em BALINT, a estratégia de discussão de casos trazidos por cada participante, assim como o cuidado de evitar grupos estritamente terapêuticos, contribuem para evitar este enquistamento, na medida em que se cria uma dinâmica que valoriza a “função diacrítica” (MOURA: 2003, p.73), ou seja, uma estratégia que convida todo o tempo a uma valorização das diferenças, a um enfrentamento da *indistintividade* tão características dos diagnósticos universalizantes (“Os alcoolistas”, “os cardiopatas”, etc.) e dos grupos muito hierarquizados, presos a funções e status (“os médicos”, os “enfermeiros”, “os pacientes”), como se estas marcas fossem suficientes. Isto implica também em evitar o investimento

em qualquer mito grupal, o que pode acabar por enquadrar o funcionamento do grupo em esquemas fixos que podem facilitar o referido enquistamento (“sempre haveria o porta-voz”, sempre haveria o “pai” e a “mãe”, sempre haveriam “hipóteses de base”³¹ etc). Ainda que o conhecimento destes esquemas possa ser útil para o coordenador e para o grupo algumas vezes. É neste sentido que o conceito de *coletivo*, formulado por OURY (MOURA: 2003, p.71), pode ser importante para ajudar a acreditar na autenticidade da experiência dos GBP³²:

“Pois bem, o Coletivo, não é o estabelecimento nem os grupos nem as instituições. O Coletivo, como o entendemos, se orienta de tal modo que seja possível absorver a co-existência em seu seio de uma variedade imensa de fatores, elementos e referenciais os mais díspares. Ele deve abarcar tudo o que está presente, relacionado e inter-relacionado à clínica, à organização, ao estabelecimento, ao Estado, aos diferentes grupos e às instituições (tanto externas quanto internas), enfim, questões relacionadas ao ambiente que o constitui e ao ambiente em que se encontra mergulhado. Além disso, ele deverá também poder permitir a utilização dos ferramentais tanto da psicanálise, quanto da análise política, da psiquiatria e da sociologia, possibilitando a adoção de terapêuticas de caráter biológico, analítico, de estratégias de desalienação, e assim por diante, sempre levando em conta a relatividade do predomínio de uma ou de outra abordagem. Ou seja, o Coletivo se pauta pela *multirreferencialidade*.” MOURA 2003

Evidentemente, não é tarefa simples lidar com a complexidade. BALINT (1988) recomenda que o coordenador do grupo aprenda a suportar duas atitudes do grupo para se aproximar deste objetivo: (1) a liberdade de crítica e (2) (esta liberdade de crítica) num “modo construtivo-agressivo”. BALINT explica:

“a agressividade total, quer dizer o ódio destrutivo é tão inútil como um suave e doce espírito de colaboração construtiva” (BALINT 1988: 267).

³¹ “Durante a segunda guerra, Bion, médico psiquiatra inglês, estando na direção de um hospital com aproximadamente 400 homens, onde “reinava a indisciplina e a anarquia”, decide iniciar uma experiência agrupando estes homens a fim de conscientizá-los sobre suas dificuldades e o modo adequado de lidar com elas. Observou a criação de um “espírito de grupo” entre os membros de um grupo e de como isto interferia no comportamento de cada um considerado isoladamente. Após a guerra, começa a trabalhar com ex-soldados e inicia uma experiência que se transformou num dos aportes mais conhecidos e solicitados pelos teóricos de grupo. Utilizando-se da leitura psicanalítica, estabeleceu uma série de conceitos sobre o modo de funcionamento dos grupos. A contribuição de Bion ao estudo dos grupos se diferencia das anteriores, especialmente, pela inclusão da dimensão do inconsciente até então não contemplada” BARROS, R.D.B. p 70 Neste contexto, Bion propôs que os grupos funcionariam segundo três hipóteses de base (implícitas) que explicariam seus comportamentos e justificariam sua existência inconsciente: a hipótese de base de “dependência” (procura de um líder), de luta e fuga e de acasalamento. (MISSENARD, A. e GELLY, R. 1994 P 62)

³² O conceito de coletivo, embora esteja se referindo a “grupos” de trabalho terapêutico dentro de equipamentos de saúde mental, nos parece perfeitamente adequado para todos os espaços que necessitem desta pluralidade constitutiva para “funcionarem” adequadamente.

Balint, provavelmente, está procurando dizer que as questões que realmente importam ao grupo e que tocam de forma contundente em afetos dos profissionais são questões “sensíveis”. Se por um lado houver uma excessiva repressão, a conversa ficará reduzida a uma reflexão racionalizadora, passível de assemelhar-se a um espírito de colaboração construtiva, que acrescentará muito pouco à capacidade dos membros do grupo de lidarem justamente com os pontos sensíveis que eles podem estar evitando. Por outro lado, um clima de agressividade destrutiva permitirá a expressão destes afetos, mas talvez não produza também muita capacidade de percepção e de manejo, além de uma grande força desagregadora. BALINT esclarece que *“mesmo que se tenha constantemente presente que a criação dessa atmosfera é uma das tarefas principais do grupo, não se trata de uma tarefa fácil de realizar”* (BALINT 1988 p.268).

Aqui, podemos acrescentar a observação de MOURA (2003) sobre reuniões clínicas em equipamentos de saúde mental³³

“Para se poder trabalhar no âmbito das transferências, é, portanto, imprescindível que haja uma descolagem do plano da hierarquia, tanto entre os participantes da reunião, quanto entre estes e o paciente, para se poder ir fundo nas ressonâncias que os afetam como pessoas, muito além de qualquer casca de papel, de função ou status. Em uma estrutura vertical, para Ferdinand Oury (1986, p122) temos como consequência “uma só relação possível, uma só transferência autorizada: o amor do chefe, o amor do censor. As outras relações que correriam o risco de interferir, devem ser evitadas” (MOURA: 2003, p.61)

BALINT faz ainda algumas recomendações importantes a partir de uma tipologia para lidar com os desafios transferenciais no grupo de trabalho:

1- é importante que o coordenador do grupo procure não fazer comentários antes que todo o grupo *“tenha tido tempo mais do que suficiente para expressar-se”*. BALINT observa que para realizar comentários os ouvintes precisam se incluir, a partir da sua fantasia, na mesma situação relatada e observar as suas reações potenciais ante o problema. Como existem resistências, este processo pode ser demorado, e tanto o grupo como o coordenador devem aprender a serem pacientes.

2- Um tipo de problema freqüente é quando o grupo vacila em criticar o colega que está apresentando o caso, *“é evidente que (o grupo) se contém para não criticar o médico*

³³ O autor está se referindo a reuniões chamadas de “constelação”, que reúnem todas as pessoas envolvidas com o paciente: profissionais, amigos, familiares, o próprio paciente e outros pacientes. No entanto, as observações destacadas são transcendentais.

informante". É bem interessante o que o autor propõe como a técnica correta nesta situação: o coordenador deve se abster de fazer a crítica que o grupo não está fazendo e apontar para o grupo o "excesso de amabilidade" com o relator do caso. Uma atitude aparentemente simples, mas que para o autor exige, na verdade, "uma boa dose de autocontrole", já que é muito tentadora a possibilidade de "**mostrar-se serviçal, compreensivo e principalmente, adotar uma atitude construtiva**". BALINT relata que quando o coordenador cede a esta tentação o resultado mais comum é que os participantes mais promissores pouco a pouco se aborrecam e se retirem, enquanto que, por outro lado se cria um cordão de fiéis admiradores, que "*idealizarão o chefe, e o acompanharão sempre na posição de fiéis e leais alunos.*"

3- Outro tipo de problema freqüente e que, segundo o autor, é mais complicado lidar, ocorre quando, depois de um relato, "*o grupo se mostra hipercrítico ou absolutamente indiferente e desprovido de espírito de cooperação*". É uma situação que geralmente reflete que o relator do caso se distanciou demasiado do processo do grupo.

É importante observar que, em grupos maiores tal como o que estamos propondo, este tipo de distanciamento pode ocorrer na forma de fragmentação, que acaba definindo parcialmente alguns sub-grupos, mesmo que muitas vezes provisórios, com afinidades e composições em diferentes momentos.

BALINT apresenta algumas hipóteses para o problema: o caso mais freqüente é quando um dos membros do grupo está simplesmente em outro ritmo. Ou muito além ou muito aquém das conquistas do grupo. Segundo o autor, qualquer dos motivos de descompasso provoca irritação considerável no grupo. São vários os métodos para lidar com o problema: um deles é o coordenador manter-se imperturbável, ao ponto de destacar para o grupo a própria conduta do grupo. Caso isto não seja suficiente, o coordenador pode iniciar a comparação do trabalho apresentado com os outros trabalhos no grupo, destacando as diferenças e os significados das mesmas. O objetivo é ajudar o grupo a perceber as diferenças e possibilitar alguma compreensão sobre as causas da irritação.

4- Um outro tipo de problema se refere a uma variação do anterior, porém como decorrência de uma forte insegurança do profissional, resultando em uma postura reativa consistente com duas manifestações: ou na forma de um retraimento e abstenção sistemática, ou na forma de uma atitude falsificadora dos relatos, que hipervaloriza as

próprias condutas até que cheguem os momentos de crise, ocasião em que o profissional responsabiliza a metodologia proposta no grupo pela dificuldade em relacionar-se com o mesmo. A estratégia proposta por BALINT é “ganhar tempo”, com a expectativa de que o processo do grupo contribua para diminuir a insegurança do profissional.

As sugestões de Balint para lidar com o processo grupal são bastante pertinentes, e devemos considerá-las importantes, mas insuficientes, uma vez que o grupo BALINT PAIDÉIA se propõe a introduzir mais algumas variáveis na dinâmica de trabalho. Todo o processo de investimento transferencial sobre o coordenador (b) e sobre o grupo (c) vai estar misturado com relações gerenciais e institucionais (d) e com relações internas da própria equipe (e). Desta forma vão estar na roda vários tipos de forças, de relações de poder e de afeto que precisam ser percebidas e trabalhadas na medida da necessidade do grupo. Por exemplo, ao se discutir um caso de um paciente idoso, pode se destacar questões que digam respeito à forma com que se expressa certa correlação de forças na sociedade na relação com pessoas idosas. Também, pode se apresentar na roda os limites dos saberes (e as dificuldades do grupo em reconhecer estes limites e lidar com eles), as implicações constitutivas destes saberes (por trás de um saber aparentemente técnico sobre os idosos, pode estar um certo olhar que percebe, por exemplo, o aumento de pessoas idosas como uma “vitória” ou, ao contrário, como o despontar de uma nova catástrofe social – dois afetos distintos), assim como as políticas institucionais e seus limites, assim como as experiências pessoais de cada membro do grupo com o tema do idoso, ou do próprio envelhecimento e morte.

É importante destacar que o método Paidéia pressupõe a possibilidade de intervenção e de oferecimentos dos apoiadores (coordenadores) de grupo, de uma forma mais contundente do que propunha BALINT para o chefe do grupo. Desta forma, nos GBP, uma parte do tempo é dedicada a um debate teórico. Supõe-se que a oferta teórica possa aumentar a capacidade de análise e intervenção do grupo, inclusive para que os profissionais possam conhecer os conceitos de transferência e contra-transferência, entre outros, que estão sustentando a metodologia de trabalho no grupo. Evidentemente, isto traz o risco da separação entre teoria e prática, entre conhecimento intelectual e real. Traz o risco também de mitificação e de construção de uma dinâmica em que o grupo passa a esperar todas as respostas do coordenador ou dos convidados. Em nossa opinião, este é um risco importante, mas inerente ao trabalho, principalmente o trabalho coletivo nas

organizações. O desafio, ao se deparar com situações paralisantes de qualquer ordem, é poder lidar com elas. Vale para o apoiador de uma forma geral a recomendação de BALINT, o coordenador de grupo: ele deve saber que se conseguir adotar uma atitude correta ensinará mais com seu exemplo do que com seu discurso. Afinal, como dissemos, a relação clínica é, em muitos momentos, análoga à relação dos profissionais com seus pacientes. E a clínica ampliada supõe capacidades que o apoiador/coordenador pode demonstrar: possibilitar a livre expressão de todos é uma atitude que pode ser repetida com o paciente (em outras palavras: ser ouvido pode ensinar a ouvir). Conseguir falar no momento apropriado também é uma capacidade importante para o profissional de saúde na relação com o usuário. Da mesma forma, criar condições de escolha e descobertas do próprio caminho para os profissionais do grupo é uma atitude importante na clínica e na gestão. Mas o próprio BALINT adverte: *“é evidente que ninguém pode satisfazer completamente tão rigorosas normas. Felizmente não é necessário alcançar semelhante perfeição”* (IDEM: 265).

O método Paidéia utiliza fortemente a contribuição de Pichon Rivere com os grupos operativos, neste sentido a definição de uma tarefa coletiva é uma importante ferramenta do grupo para uma configuração tipo “pré-tarefa”, ou seja, com uma resistência mais ou menos inconsciente de enfrentar os “riscos” de fracasso ao assumir uma tarefa. No caso do grupo BALINT, a tarefa não é compartilhada diretamente entre os membros, cada um tem o seu caso, ou cada dupla tem o seu caso clínico. Nos grupos Balint típicos o “combustível” seria a transferência de cada um com seu paciente. No caso dos GBP é possível que surjam tarefas ou temas coletivos, ou com padrão transferencial para objetos de caráter coletivo, como uma campanha de dengue, uma relação comum de todo o grupo com determinado centro de especialidade ou hospital etc. Mas não é a regra. Na maior parte das vezes, possivelmente é um grupo mais semelhante ao BALINT, neste sentido. A tarefa muitas vezes estará colocada pelo compartilhamento de afetos comuns: por exemplo, um grande sofrimento para lidar com determinados tipos de pacientes, ou trabalhar em equipe, ou com determinado tipo atividade etc. É interessante lembrar que BALINT fez uma sutil ruptura com outros trabalhos de grupos dedicados a profissionais de saúde na clínica Travistok: ele reconheceu a especificidade da clínica médica. Embora seu maior investimento tenha sido na especificidade psicológica desta relação, hoje podemos olhar para esta experiência acrescentando uma outra variável: os grupos Balint, assim como a proposta de GBP, potencialmente disparam a criação de uma “comunidade

de prática”, um tipo de agremiação que recentemente tem produzido feitos incríveis na área do conhecimento (por exemplo, vários softwares livres). MOURA (2003) ao discutir as possibilidades terapêuticas das “árvores de conhecimento” nos equipamentos de saúde mental (‘clube dos saberes’) assim as define:

“Essas comunidades de práticas têm como motor o compartilhamento e a produção do conhecimento, tanto dentro das organizações quanto fora delas. São formadas por pessoas ligadas entre si por interesses e práticas comuns, em campos problemáticos afins. Estas comunidades podem tanto se constituir em um pequeno número de pessoas de uma organização ou de uma coletividade, quanto em grandes redes de relacionamento extra-territoriais através da Internet, as chamadas redes virtuais.” (MOURA: 2003, p.127)

É importante observar que juntamente com diversos autores (MOURA: 2003, CAMPOS: 2000) entendemos o saber como constitutivo do Sujeito, do seu reconhecimento como tal, o que possibilita inclusive o seu uso terapêutico³⁴. Neste sentido, os GBP se constituem também em um espaço de troca de saberes, invenção de saberes e reconhecimento mútuo. Aspectos que têm uma importância maior quando se trata da atenção básica, cuja complexidade impede a adesão confortável aos desejados mitos de “verdade” e “certeza” científicas. Tendo em mente a relação entre “ser e saber” MOURA (2003) propõe que estejam sempre “no ar”, para os coletivos, quatro perguntas a serem experimentadas:

SABE	NÃO SABE
O que sabe	O que não sabe
não sabe que sabe	Pensa que sabe, mas não sabe

Outra recomendação importante de BALINT é a chamada IMPORTÂNCIA DO RITMO.

³⁴ Sempre muito pertinente e poética a pequena história relatada por MOURA (2003), ilustrando a dimensão terapêutica do saber: “Outro dia, vim a saber de uma situação muito especial, e bem a propósito, através de uma profissional da administração de um hospital psiquiátrico onde dou supervisões. Contava-me ela ter-lhe chamado a atenção um paciente em estado bastante comprometido, sem se comunicar com os técnicos que, por sinal, já estavam um pouco cansados com a sua precariedade de relacionamento. Ele só fazia choramingar. Se alguém se endereçava a ele, não obtinha resposta. Esta profissional, vindo a saber que ele tinha formação em medicina, se aproximou e pediu-lhe que ele lhe desse uma dica quanto a uma micose no braço, que ela havia recém pego na praia. Ele continuou a choramingar e não emitiu sequer uma palavra. No dia seguinte, ao passar por ele, ela foi surpreendida pela sua atitude. Ele se dirigiu a ela, desculpando-se pelo fato de que havia muito tempo que não lidava com aquele tipo de afecção, e deu-lhe algumas orientações quanto ao seu tratamento.” (MOURA: 2003, p.131)

“Um dos mais importantes fatores neste tipo de treinamento é o ritmo. O que significa dizer que não se deve ter pressa. É melhor deixar que o médico cometa erros e talvez ainda se deva estimulá-lo a que incorra neles, em lugar de impedi-lo. Isto soa um pouco absurdo mas não o é; todos os membros do nosso grupo possuíam considerável experiência clínica, de modo que se justificava essa tática de obrigá-los a “nadar ou afogar-se”. (...) se o ritmo é mais ou menos adequado, o médico se sente livre para ser ele mesmo e possuir “a coragem da própria estupidez”. (...) A discussão dos diversos métodos individuais, a demonstração de suas vantagens e limitações o estimula a realizar experiências” (BALINT 1988 : p.264-265)

BALINT chama a atenção que, salvo exceções, este não é um grupo de adestramento de técnicas que poderiam ser realizadas apenas por obediência ou imitação (aliás, ingenuamente, ainda muitos gestores se pudessem escolher duas “qualidades” para seus trabalhadores, escolheriam estas duas). Por isto, ele valoriza extremamente o empenho dos coordenadores do grupo em tentar construir um clima de liberdade de expressão. Isto é o oposto do clima “moral” e maniqueísta que tantas vezes se institui nas organizações do SUS. O risco é criar um grupo que, na melhor das hipóteses, tentará funcionar de forma padronizada e submissa, alternando muitas vezes com o pólo oposto: a reatividade. Para isto, BALINT chama atenção para a paciência e para o respeito ao tempo do grupo e de cada profissional. É preciso permitir que os profissionais experimentem fazer da maneira que acreditam ser melhor, desde que se possa manter no grupo um clima que lhe permita também relatar e enfrentar as conseqüências dos caminhos e decisões assumidos. O tempo do trabalho clínico na atenção básica e ambulatorial é diferente do hospitalar (CUNHA: 2004), os resultados clínicos muitas vezes demoram anos para se fazerem ver; e a maior parte dos pacientes tem problemas crônicos. O tempo político dos gestores também é diferente do tempo dos trabalhadores e pacientes. E, para complicar ainda mais, a rotatividade dos profissionais ainda é enorme no SUS. Apesar de tudo isto, ou exatamente por causa de tudo isto, é preciso haver espaços de trabalho com as equipes em que o tempo possa ser outro. O GBP demanda este esforço de permitir também a sobrevivência de outros tempos, sintonizados com processos de aprendizado de profissionais e usuários. Como sempre, não se trata, para o coordenador do grupo, de abrir mão da sua capacidade de avaliação de cada situação singular. Inclusive avaliação de riscos. É importante dizer que, se BALINT podia trabalhar com profissionais experientes, que ele admitia ter uma grande competência no conhecimento das doenças, diagnósticos e terapêuticas padronizadas, isto nem sempre é

verdade em relação às nossas equipes do SUS.

CAPÍTULO III

A proposta de pesquisa com GBP

Para avaliar a proposta de GBP pela primeira vez, utilizou-se um espaço de formação em serviço: a área de gestão e planejamento do DMPS³⁵ da FCM/UNICAMP ofereceu para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de Campinas, com financiamento do Ministério da Saúde, um curso de Especialização em Gestão da Clínica para a Atenção Básica. O curso foi oferecido também para outras cidades do país, como Fortaleza, Guarulhos, Sumaré, Amparo³⁶ (OLIVEIRA, A.F 2008), entre outras. O curso partilhava do diagnóstico desta pesquisa de que existe pouco acúmulo na gestão da clínica, e que a gestão e a clínica na atenção básica podem se qualificar muito, em diversos aspectos. O curso também buscava oferecer conteúdos teóricos³⁷ e apoiar experimentações práticas dos alunos. Em Campinas, selecionou-se um distrito da cidade para oferecer um curso nos moldes do GBP. A proposta foi apresentada à coordenação do distrito e foi divulgada pelos coordenadores de unidades para médicos e enfermeiros. Como o número de interessados era maior do que as vagas, foi feita uma apresentação pelo pesquisador de como se daria a pesquisa e o curso. O processo de seleção foi feito conjuntamente com a coordenação do distrito utilizando como critério principal a disponibilidade, o tempo de serviços prestados na prefeitura e a disponibilidade da unidade local. Algumas unidades de saúde, com várias equipes, fizeram também uma discussão coletiva sobre os critérios de escolha. Desta forma fez-se a seleção dos participantes.

No início do curso os participantes assinaram um consentimento informado. Nenhum

³⁵ Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

³⁶ Na cidade de Amparo-SP efetuou-se também uma experiência de GBP, com muitas semelhanças à da cidade de Campinas e algumas diferenças. A coordenação do grupo foi de Ana Maria Franklin de Oliveira e Mariana Dorsa Figueiredo. No artigo **“Espirais D’Ascese: as contribuições de Balint e da Psicologia Grupal para a potencialização do Método da Roda”** esta experiência é relatada. A primeira diferença entre as experiências foi o contexto de atenção básica da cidade de Amparo, com a proposta de ESF sedimentada a 08 anos e a presença no GBP da própria secretária municipal de saúde. Por outro lado, a condução do grupo valorizou fortemente elementos teóricos da psicologia grupal na condução e análise do grupo. O grupo realizou encontros quinzenais em vez de encontros semanais como em Campinas.

³⁷ No ANEXO 4 a lista de conteúdos teóricos do curso³⁷

dos nomes utilizados nos relatos de caso é verdadeiro. Além disto, cuidou-se durante o relato da experiência para evitar ao máximo oferecer elementos que pudessem indicar a identidade de participantes e pacientes.

A coleta de informações seria feita inicialmente através da gravação digital dos encontros (tal como foi feita na cidade de Amparo), no entanto, no primeiro encontro notou-se um incômodo do grupo com este procedimento. O grupo foi consultado e adotou-se um diário de campo, com anotações a cada reunião. A coordenação do grupo foi composta por dois pesquisadores, Gustavo Tenório Cunha e Deivisson Viana Dantas, que se revezaram nas anotações do diário. A supervisão da coordenação do grupo foi feita pelo Prof. Gastão W. S. Campos. Deivisson Viana, além de coordenador do grupo, fazia também parte da gestão do Distrito, trabalhando como apoiador. Havia no grupo mais dois apoiadores do distrito. O objetivo da presença destes apoiadores era que o GBP fosse integrado à gestão distrital.

Constitui-se então um grupo com 18 trabalhadores (11 enfermeira(o)s, 06 médicos e 01 terapeuta ocupacional), convidados a uma discussão semanal de duas horas, associada a mais duas horas de aulas ou discussões teóricas. Embora tenha sido explicitado aos gestores que havia uma preferência por um grupo pareado entre médicos e enfermeiros da mesma equipe, conseguiu-se apenas três duplas. Três dos médicos não eram generalistas, mas sim pediatras (duas da mesma unidade de saúde, de duas equipes diferentes). Duas enfermeiras eram da mesma unidade de saúde, embora não fossem da mesma equipe. Um dos enfermeiros não era da atenção básica, mas sim de um CAPS. O convite não tinha sido estendido aos CAPS, mas este enfermeiro ficou sabendo da proposta e pediu para participar. Os pesquisadores consideraram que a atividade exercida por este enfermeiro, de apoiador de saúde mental na atenção básica, discutindo casos compartilhados entre o CAPS e a Atenção Básica, podia ser produtiva para o grupo. Houve alguma dificuldade de grande parte dos coordenadores de unidades de cederem médicos, principalmente os generalistas. O argumento era da escassez do profissional na Atenção Básica. Ainda assim, em torno de 1/3 de médicos compuseram o grupo.

O objetivo desta pesquisa é verificar:

- (1) Os limites e possibilidades do GBP como instrumento de Educação Permanente e Co-gestão, a partir da análise do diário de campo.

- (2) Aumentar a compreensão sobre os desafios da gestão e da clínica na atenção básica, em uma grande cidade com tradição diferente do ESF³⁸.
- (3) Relatar e analisar a experiência de coordenação deste tipo de grupo, para facilitar novas experiências.
- (4) Oferecer elementos para uma discussão teórica dos temas mais relevantes entre aqueles presentes na experiência.

Questões Metodológicas

A principal influência metodológica na pesquisa é de Michaël BALINT, cujo trabalho de pesquisa pode ser considerado um tipo de pesquisa-ação, nos moldes da formulação de THIOLLENT (1996). TRIPP (2005) defende que *se encare a pesquisa-ação “como uma das muitas diferentes formas de investigação-ação, (...) definida como toda tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática”*. A pesquisa científica cartesiana e positivista advoga uma certa neutralidade (cada vez mais frágil e insustentável no campo da epistemologia – FEYERABEND: 1985, TESSER: 2004), fundada na possibilidade de separação radical entre sujeito e objeto de pesquisa e na possibilidade de “universalização” de verdades parciais³⁹ (MARTINS: 1999). Fundamentalmente, esta pesquisa não compartilha deste desejo de separação, de neutralidade e, essencialmente, do desejo de exercer um certo tipo de poder freqüentemente associado à produção destas verdades científicas⁴⁰. Se o lugar do pesquisador na pesquisa-ação é um lugar muito mais vulnerável, e a “verdade” que ele produz é declaradamente mais frágil, o lugar dos participantes do grupo pesquisado, assim como do “leitor” da pesquisa é, inversamente, muito mais forte. A ciência positiva costuma desejar produzir uma *Grande Verdade* sobre um minúsculo objeto. Em seguida,

³⁸ ESF: Estratégia Saúde da Família, uma política do Governo Federal para a Atenção Básica.

³⁹ Não se trata de propor a eliminação deste tipo de metodologia, uma vez que se aposta que - fora do pedestal e do lugar de único produtor de Verdades, assim como explicitando forças e interesses co-produtores -, o método cartesiano-baconiano pode ter contribuições importantes para a compreensão e intervenção no homem no mundo.

⁴⁰ Até porque é possível escrever um livro inteiro sobre estudos científicos obstinadamente ignorados na prática cotidiana. Alguns exemplos: a primazia do parto normal em relação à cesárea, do parto vertical em relação ao horizontal, da efetividade da presença de doulas no parto, do impacto positivo da Atenção Primária no sistema de saúde, da inutilidade e iatrogenia da maior parte dos screenings (check-ups), da importância da coordenação na clínica, dos danos da medicalização, da eficácia de infinitas práticas complementares e outras racionalidades médicas, etc. Na área de saúde uma parte das pesquisas parece se destinar a legitimar poderes e poderosos. Quando isto não acontece a pesquisa tende a ser simplesmente ignorada. A esperada ruptura de paradigma de TOMAS KHUN que se daria no decorrer de inúmeros acúmulos de trabalhos, criando tensão no paradigma, em vários campos da saúde não se verifica facilmente. Talvez porque a medicina não seja exatamente uma ciência galileana (CAMARGO: 2003), talvez porque algumas destas mudanças sejam essencialmente políticas e não possam ocorrer apenas por dentro do corpo institucional de pesquisadores e profissionais de saúde.

utilizando uma *cama de procusto* ideológica, tenta encaixar o mundo naquele fragmento. Na medicina, o procedimento é tão simplório quanto freqüente: busca-se explicar eventos complexos, com a genética, com os *bichos* diversos, com os hormônios e com os neurotransmissores. Na pesquisa-ação o objeto é amplo, as conexões são múltiplas, a complexidade é bem vinda. As verdades são menores, porém mais dialógicas e “gerúndicas”.

Mas não se trata de recusar outros métodos de investigação. Ocorre que esta pesquisa assume a hipótese de que no momento atual de formulação da proposta de GBP e experimentação do Método Paidéia, a pesquisa-ação é o método mais adequado. Supõe-se que as formas instituídas de trabalho clínico e dinâmica institucional não acontecem por uma só causa, e muito menos que esta causa seja apenas uma decisão “racional” de um ou vários sujeitos. Experimentar novas formas de trabalhar e viver na instituição de saúde, costuma significar o enfrentamento de uma gama de problemas. Problemas que simplesmente não entram na pauta dos “bons soldados”, dos modos instituídos de reproduzir a instituição tal como ela está. A metodologia busca abrir uma janela para a complexidade do trabalho clínico na Atenção Básica, oferecendo instrumentos conceituais para lidar com esta complexidade. Neste sentido, trata-se antes de mais nada de encontrar “bons problemas”, como diria Henri Bergson, de produzir como resultado de pesquisa uma narrativa e uma elaboração teórica que permitam um diálogo com aqueles que, em GBP ou não, se encontram em situações semelhantes na gestão da clínica e na atenção básica do SUS.

Aprendizados do Trabalho de Campo com os grupos Balint-Paidéia

“Não envelhecer, não sentir dor, não se cansar, não se aborrecer. O homem parece envergonhar-se de ser: pequeno, sensível, mortal, humano. E organiza-se em torno de um ideal de homem, sem corpo. O homem envergonha-se de seu corpo. Não de seu sexo ou de seu prazer, mas de suas vísceras, de seus excrementos, de seus sons e odores, de seu processo bioquímico, fisiológico, orgânico. O homem envergonha-se de morrer e vai acuando-se, escondendo-se, perdendo-se em torno de uma idéia, de uma imagem. Em sua luta por não ser comum, o homem tornou-se nenhum.” Viviane Mosé – Filósofa⁴¹

O grupo BALINT PAIDÉIA teve duração de um ano e dois meses. Quase sempre no modelo “discussão de caso” nas primeiras duas horas e “oferta teórica” nas duas horas seguintes. Embora houvesse um roteiro mínimo de temas teóricos que deveriam ser ofertados, buscou-se adequar as ofertas aos momentos e necessidades do grupo. Aqui, procurou-se descrever os temas e estratégias de apoio mais importantes, com a intenção de apreender questões mais gerais para grupos de apoio à gestão da clínica e para a Atenção Básica em geral.

No primeiro dia fizemos o encontro na UNICAMP, sob um grande calor e em uma sala apertada. A proposta inicial de se fazer um “grupo focal” com os integrantes, logo seguinte às apresentações entre as pessoas, não foi muito feliz. Foi perguntado aos participantes sobre o processo saúde doença e formas de intervenção. A conversa foi bastante difícil porque os participantes estavam intimidados e buscando dizer o que acreditavam que era esperado por nós. Os gravadores no centro da roda não contribuíram para deixar o grupo à vontade. Em seguida, com muito calor e numa sala apertada deu-se uma aula introdutória do Prof. Gastão sobre clínica ampliada. Atribuímos às condições estruturais e à estratégia utilizada para as dificuldades desse primeiro encontro, e não encontramos no decorrer do curso nenhum impacto positivo deste momento inicial, exceto talvez a primeira pactuação: evitar gravadores.

No encontro seguinte (23/02/07) fizemos a primeira discussão de caso clínico. No Fórum de Discussão do TELEDUC foi colocado o seguinte resumo:

⁴¹ Um nenhum artigo Publicado no site da agência Carta Maior, na sequência de cartas endereças “Ao arqueólogo do futuro”

G.A.S. 61 anos, casada, sem filhos, moradia própria (alvenaria), renda familiar de R\$ 500,00.

Paciente apresenta quadro de HIPERTENSÃO ARTERIAL E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, pneumopatia, artrose glenoumeral esq., osteoporose difusa nas mãos, osteoartrose em joelho esq., hipotireoidismo e miocardite chagásica.

Esposo compareceu a unidade (Maio/2003) vindo de outra UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, solicitando visita domiciliar pela complexidade do caso, até aquele momento em acompanhamento com pneumologista e cardiologista.

Discutido caso em reunião de equipe priorizando visita domiciliar (semanal). A paciente foi encaminhada à ortopedia, onde realizou cintilografia óssea e ultrassom de ombro. Pela avaliação do especialista, era necessário intervenção cirúrgica no ombro esq., mas devido a gravidade do estado clínico foi impossível o procedimento, agravando o problema.

Foi encaminhada ao ambulatório da dor, recebendo alta meses depois sem melhora efetiva. Esposo diariamente comparecia a unidade solicitando visita mais vezes, pois a paciente não suportava as dores, falta de ar e taquicardia. Não havendo como disponibilizar transporte, fez queixas em vários setores da Prefeitura, responsabilizando o serviço por falta de assistência.

Com o decorrer das visitas domiciliares e um vínculo formado junto a paciente, descobrimos a não colaboração do esposo no tratamento no sentido de oferecer apoio, alimentação, medicação e auxílio na higiene pessoal e domiciliar. O mesmo rotineiramente freqüentava bailes e passeios. Iniciamos um trabalho de conscientização da importância dele na participação e adesão ao tratamento, buscando melhorar o relacionamento do casal e a clínica da paciente.

A relação equipe/ paciente, tornou-se desgastante com as discussões semanais, visitas quase que diárias dos ACS, atuação da enfermagem, escuta e orientações dos problemas, gerando ainda hoje, polêmica na equipe em relação a intervenção nesta família.

Médica e enfermeira apresentaram o caso de uma paciente idosa com graves problemas cardiológicos. A discussão seguiu um pouco tímida. Havia pouca informação sobre os problemas orgânicos graves da paciente e muita preocupação com o incômodo que ela estava provocando em toda a equipe. A discussão tomou um rumo que se repetiu com intensa freqüência dali em diante, qual seja, um forte contágio no grupo de uma “ansiedade resolutiva”, associado à pouca disposição do grupo em conhecer mais sobre o caso e sobre os afetos despertados. O incômodo e a “polêmica” provocados na equipe encontraram pouco espaço para serem compreendidos, tanto no grupo, como também na equipe da Unidade Básica. Esta dinâmica grupal foi apontada para o grupo e alcunhada

de Síndrome de “professor pardal”. Era como se um contágio de ansiedade provocasse uma busca por “idéias geniais”, potencialmente mágicas, que se traduziam em uma série de intervenções dos participantes que sempre começavam com “e se fizesse”, ou, “você já tentou...”, o que acabava funcionando como uma forma de evitar que se entrasse em algum processo de análise e compreensão, tanto do caso quanto dos afetos da equipe ou do grupo. Este procedimento de apontar o movimento do grupo para o próprio grupo foi importante, mas não impediu que o fato se repetisse insistentemente, sinalizando o grau de dificuldade que a análise de casos reais produzia. Em relação a esse caso o seguimento ficou prejudicado, visto que em pouco tempo a paciente morreu. Tivemos dificuldade de re-contratar a re-apresentação de outro caso com a dupla.

No momento seguinte do mesmo dia, buscou-se construir uma proposta de roteiro para orientar novas apresentações e a discussão dos casos. A metodologia de deixar que cada um usasse um sistema próprio para sistematizar a apresentação dos seus casos não nos pareceu funcionar. Havia uma timidez e uma pobreza de recursos teóricos para compor um roteiro de apresentação de caso. A proposta de roteiro (ANEXO 2) foi debatida com o grupo. A discussão do roteiro tão pouco teve um impacto perceptível, mas serviu, no decorrer das discussões, para demonstrar que não se tratava ali de discutir e de se aplicar “técnicas”.

No início do encontro do segundo caso (02/03/07) começamos conversando um pouco sobre o texto recomendado anteriormente sobre “Filtros Teóricos” (CUNHA: 2005). Foi uma discussão rápida na qual apontamos os riscos dos automatismos e condicionamentos, muitas vezes inconscientes na relação clínica. No segundo caso, a discussão começou pela patologia: o primeiro texto antes da reunião, disponibilizado no TELDUC, era uma revisão bibliográfica sobre a Síndrome do X Frágil, doença de um dos filhos da família que seria discutida. O caso relatado por escrito no TELDUC alguns dias após apresentação oral:

Joana 51 a. natural de Campo Grande (MS), viúva há 7 anos (história de etilismo e Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico), G7, Pn4, A3⁴², um filho falecido aos 5 meses (por problemas cardíacos).

Mora com os filhos ALVARO de 32 anos, LAÉRCIO de 24 e FÁBIO de 21 anos, casa própria em área de ocupação; feita de alvenaria, 2 quartos, sala, cozinha e banheiro em fase de acabamento, cômodos pequenos, precárias condições de higiene do domicílio e quintal. Grande quantidade

⁴² Forma resumida de contar história obstétrica: 07 gestações, 04 partos normais e 03 abortos.

de resíduos empilhados no pequeno quintal, essa “bagunça” deixa os filhos agitados e nervosos.

Em acompanhamento c/ pouquíssima adesão por depressão; hipotireoidismo e deslipidemia. Fez tratamento odontológico completo em 2002; atualmente dentição precária.

Tabagista, 1 maço/dia (convidada para grupo de tabagistas, não compareceu).

O filho mais velho ÁLVARO 32a, natural de Jales (SP), teve meningite 4-5 anos ficando com seqüelas importantes; retardo mental, distúrbio comportamento, déficit cognitivo; limitação intelectual acentuada. Aposentado desde 96 (salário mínimo), falou com 4-5 a; tem prolapso mitral (parou acompanhamento com cardio na PUCC). Frequentava APAE diariamente desde 4 anos (com relatos de agressão aos colegas) parou no ano passado. Inúmeros relatos de faltas às consultas agendadas.

Predomínio de atendimento da psiquiatria com anamnese pobre, inclusive com frequentes atendimentos de urgência. Vários relatos de agressão aos irmãos e da mãe em ÁLVARO

O filho do meio, LAÉRCIO 24 a, natural de Campinas, é portador de Sd. do X frágil. Quando era bebê a mãe desconfiou que tinha problemas e o pediatra não descobriu nada. Com 4 anos fez exames na Unicamp onde foi feito o diagnóstico. Fez acompanhamento lá durante algum tempo, após os quais a mãe abandonou completamente o tratamento pois não queria que seu filho “fosse cobaia”. E também pelas dificuldades em levá-lo devido a distância. Também frequentou a APAE até o ano passado sendo suspenso algumas vezes por agressão aos colegas.

Dificuldade em realizar os exames solicitados (Raio X, Eletrocardiograma).

D. Joana tem o corpo franzino, aparenta bem mais que sua idade cronológica, emagrecida, pele queimada do sol, seu rosto demonstra desgaste e sofrimento.

Atendimentos de urgência na PUCC por agressividade e agitação onde os medicamentos foram mudados.

O caçula, FÁBIO de 21 anos, também natural de Campinas, é “normal”, solteiro, cursou estudo fundamental, trabalha fazendo “bicos” de servente de pedreiro. Não tem namorada, relata medo de ter filhos com “a doença” do irmão, já que 2 filhos da tia por parte de mãe também tem a mesma Síndrome.

Moram em Campinas há 27 anos; Joana relata vida sofrida desde a época do casamento, pois seu marido era alcoólatra, os filhos ficavam agitados quando o pai chegava embriagado e os agrediam. Ele trabalhava em um estacionamento. Relata ter muitos parentes, por parte do marido. alguns até “bem de vida”; por sua parte são “pobres igual a ela” mas ninguém a ajuda, nem frequentam sua casa. O único parente que se preocupa com eles é uma irmã do marido (opinião da enfermeira responsável) que gosta do filho mais velho e busca-o vez em quando para passar uns dias na casa dela. Essa cunhada também já procurou a equipe para buscar ajuda para a família. Joana tem relação conflituosa com essa cunhada.

Ultimamente relata desejo de internar os filhos, não agüenta mais, não tem vontade nem de viver... Passaram por acolhimento no CAPS onde disseram que eles não têm perfil para CAPS.

Os filhos ficam o dia todo sozinhos, LAÉRCIO “cuida” do irmão mais velho. Quando freqüentavam a APAE eles iam sozinhos. Não se alimentam direito e a higiene é precária. Também não tomam as medicações corretamente; embora agora, com medicações injetáveis (Intra-muscular), tenha melhorado um pouco. A equipe controla o comparecimento na UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Quando não aparecem a equipe faz visita domiciliar (VD) para administrar a medicação; No entanto, eles faltam às consultas e exames agendados persistentemente. A assistente social da APAE procurou a UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE para buscarem juntos mecanismos para ajudar a família. A mãe relata dificuldades financeiras, vivem c/ salário mínimo da aposentadoria do filho ÁLVARO e reciclagem “à meia” com os condomínios do bairro, onde também ganham muita coisa (alimentos, roupas e calçados). D..Joana pretende fazer um bazar de roupas e calçados para arrecadar dinheiro para acabamento da casa.

As principais preocupações apontadas pela enfermeira na apresentação oral foram:

1- Os filhos e a mãe faltavam constantemente às consultas agendadas.

2- Prontuário predominando atendimentos da psiquiatria com relatos de agressões entre os irmãos e da mãe aos filhos.

3- Mãe relatava ter abandonado “tratamento” dos filhos na genética da UNICAMP, porque “não queria que fossem cobaia”

Deivisson perguntou sobre os sentimentos da equipe em relação ao caso, e a enfermeira respondeu que era um sentimento de impotência. Mas “na verdade não dão muita importância ao caso”.

Na discussão predominou uma característica que também marcaria muitos casos, qual seja, a de apresentarem casos considerados “impossíveis” de serem trabalhadas pelo grupo. Esta característica se repetiria por alguns meses até que foi discutida no grupo. D. Joana, conforme descrito acima, tinha 51 anos e era mãe de três filhos. Dois deles apresentavam retardo mental importante e problemas clínicos recorrentes. A situação financeira era extremamente precária e a mãe manifestara a intenção, para a enfermeira, de se livrar de alguma forma dos meninos. Isto chocara a enfermeira. A enfermeira que apresentou o caso não evitou a discussão em torno da patologia, como no caso anterior. Ao contrário, enviou previamente para o grupo de discussão no TELEDUC um texto discutindo detalhes da Síndrome do X Frágil e buscou durante a apresentação focalizar este aspecto. Havia, como no caso anterior, muito pouca informação sobre os sujeitos doentes e sobre a família em geral. Havia também uma dificuldade grande da enfermeira em envolver e em trabalhar com sua equipe. Não havia em sua unidade equipe organizada de Saúde da Família. Não havia reuniões de equipe para discussão de casos. Este foi um problema recorrente em outros casos; ausência de equipe, ausência

de reunião.

A enfermeira estava de fato sozinha no caso. Quando lhe foi indagado sobre o motivo de ter trazido este caso⁴³, ela contou que uma funcionária da APAE, que os meninos haviam freqüentado, procurara o Centro de Saúde pedindo uma reunião com alguém que fosse responsável pelo caso. Ao fazer a reunião com a funcionária, que procurava uma parceria para lidar com os meninos e a família, a enfermeira se sentiu constrangida pela dedicação e o envolvimento da funcionária. Perguntou-se por que a unidade de saúde, territorialmente tão próxima da família, estava de fato tão distante do caso? Ao consultar outros profissionais da unidade sobre a sua preocupação com a família não obteve nenhuma solidariedade. Para médicos e outros profissionais, tratava-se de um caso “perdido” com o qual não se justificava gastar tempo. De fato os problemas mentais dos meninos, provocando agressividade, associado a problemas orgânicos recorrentes e o desamparo social não produziam um quadro animador. A solidão da enfermeira na Unidade se perpetuou no decorrer do GBP. O contexto da unidade não se modificou substancialmente e a correlação de forças a que a enfermeira esteve submetida dificultava extremamente que ela obtivesse ajuda para lidar com o caso. De fato, ela relatou no decorrer dos encontros que a paciente ficou conhecida na Unidade como “sua paciente”. Um recurso que parece ter sido responsável por uma inflexão na condução do caso (além das conversas e ofertas do GBP), foi a proposta de utilização da técnica de ECOMAPA e de GENOGRAMA. Inicialmente o ECOMAPA foi apresentado numa atividade de leitura de texto. Um texto (MOURA: 2004) foi oferecido para leitura no grupo. Trata-se de um relato de caso de uma Equipe de SF fazendo uma abordagem familiar. O texto fazia referência ao Método CALGARY, de abordagem familiar. O fato do método ter sido desenvolvido por profissionais de enfermagem parece ter possibilitado maior identificação e alimentado a vontade da enfermeira de experimentá-lo. Embora o texto contivesse algumas outras ferramentas para abordagem familiar, valorizamos muito o ECOMAPA, principalmente como ferramenta para auto-análise da família. Ou seja, não se tratava de uma ferramenta de anamnese familiar, que complementaria uma investigação tipo “detetive”, para subsidiar uma decisão unilateral do profissional. O objetivo era que o Ecomapa fosse feito em conjunto com a família, permitindo que ela aprendesse sobre si mesma na medida em que conversasse e qualificasse as relações da família com

43 Esta foi constantemente uma pergunta analisadora importante.

pessoas e instituições ao redor. Esta característica de compartilhamento não foi facilmente assimilável pelo grupo. Posteriormente, a oferta teórica da abordagem sistêmica de família e o acréscimo da proposta do GENOGRAMA, contribuíram decididamente para um desfecho positivo do caso. A enfermeira, então, fez o Genograma e relatou ao grupo que D. Joana observou que no ambulatório de Genética já tinha sido feito alguma coisa parecida, mas sem perguntar para ela sobre a sua relação e a história de cada membro da família descrito no Genograma. O momento de construção compartilhada do Genograma foi de extrema intensidade, mudando definitivamente a qualidade do vínculo de D. Joana com a enfermeira. O ECOMAPA possibilitou à enfermeira, nas palavras dela mesma, perceber como havia de fato uma rede social ao redor de D. Joana, que independia do centro de Saúde: “*a gente fica sempre pensando que é único recurso na vida do paciente, e se surpreende quando descobre que ele tem uma rede social que dá suporte independente de nós*”. Com tudo isto, o fato é que foi possível criar condições para que os meninos freqüentassem a APAE. Foi possível ajudar D. Joana a lidar com os filhos e foi possível para a enfermeira contribuir para D. Joana ativar sua rede social da melhor forma possível. A enfermeira acrescentou ainda que a Agente Comunitária de Saúde (ACS), no início, não queria fazer a Visita Domiciliar (VD) na casa de D. Joana, pois não considerava os problemas relevantes, porque não eram predominantemente “orgânicos”. Durante o processo, a ACS se envolveu com a família e descobriu a importância das VD's. A enfermeira fez do caso seu trabalho de final de curso, onde distingue duas categorias: “Profissional de Ajuda x Profissional de Saúde”:

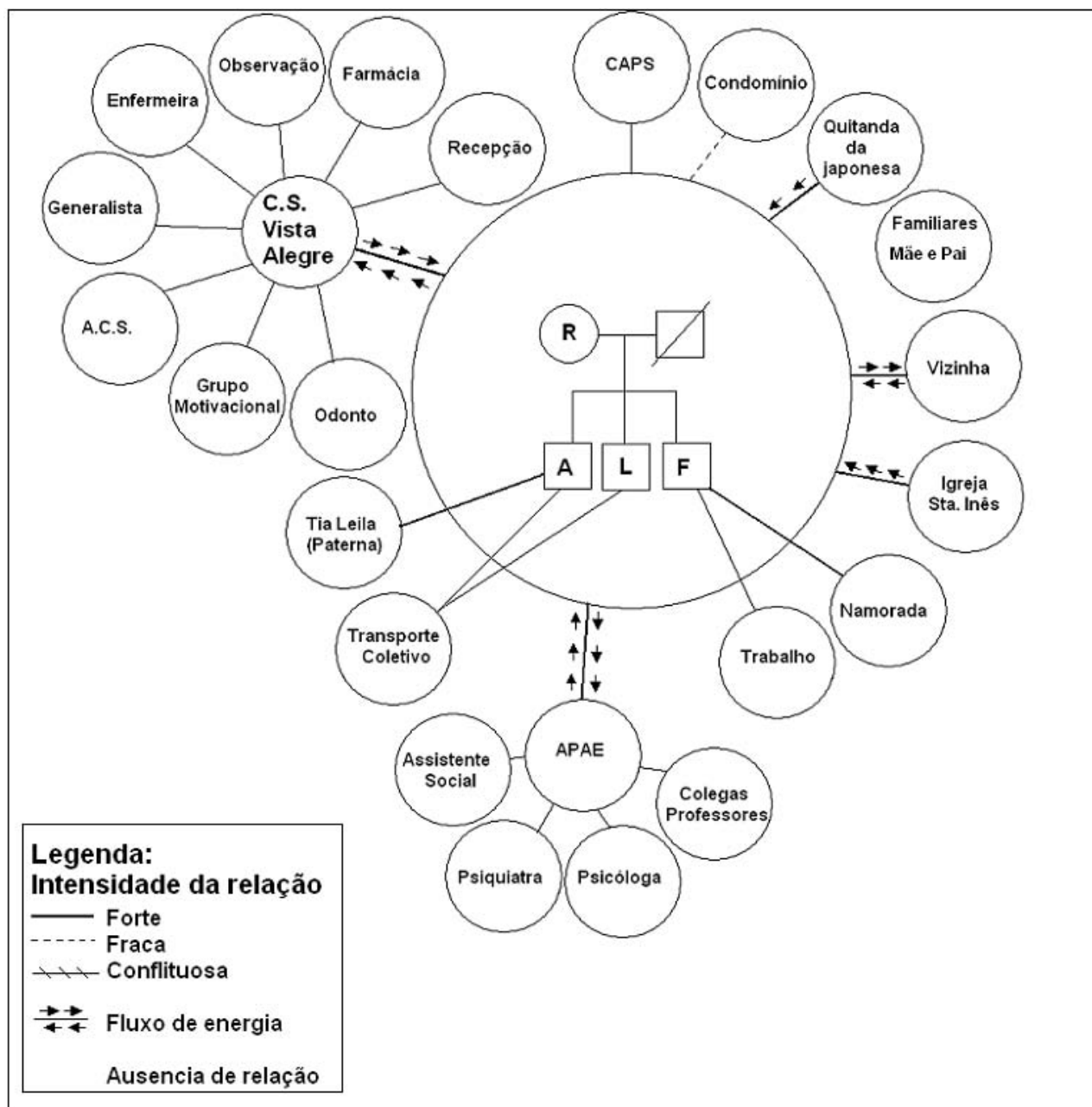
Para profissionais cuja formação foi técnica, envolver-se com conflitos pessoais, em situações psicossociais que influenciam no diagnóstico e no tratamento dos familiares, seja de forma consciente ou inconsciente tem sido uma tarefa difícil, pois, exige além de capacidade técnica a capacidade relacional, ou seja, um profissional de ajuda.

O papel dos profissionais diante desses conflitos está em ajudá-los a compreender, reconhecer suas dificuldades e a optar pelas condutas capazes de modificar a vulnerabilidade a algumas doenças.

A família é dotada de crenças que influenciam os padrões de comportamento relacionados com a saúde, por isso seus recursos devem ser mobilizados. É papel dos profissionais estimularem a participação da família nas decisões sobre o tratamento, considerando suas condições objetivas de vida. Assim, conhecer as histórias de vida e a situação familiar de cada paciente possibilita ao profissional prestar uma assistência mais compreensiva e longitudinal, mais adequada às necessidades e recursos da família.

Constatei que a construção do Genograma e do Ecomapa propiciou uma visibilidade ampla das relações familiares e fortaleceu o vínculo e

confiança entre a equipe e a família.



Um evento significativo ocorreu meses depois da apresentação inicial desse caso, e já no fim do curso, quando a Professora Cacau César apresentava a ferramenta do Genograma à todo o grupo. Ela utilizou como recurso pedagógico a proposta de que cada membro do grupo fizesse o seu próprio Genograma e fizesse também uma “pergunta” ao Genograma. Obviamente ninguém era obrigado a expor o seu Genograma e a sua pergunta, mas quem quisesse poderia fazê-lo. A enfermeira deste caso resolveu expor o seu Genograma, e, no momento em que fazia a apresentação, houve um instante de

extrema intensidade. Ela percebeu aspectos importantes e intensos da sua dinâmica familiar e começou a chorar. Foi possível, tanto para a enfermeira quanto para o grupo, perceberem o potencial auto-analítico da proposta e também a indissociabilidade dos afetos pessoais da atividade grupal e da clínica: “lidar com o outro implica também em lidar comigo”.

No dia da apresentação inicial do caso de D. Joana a aula teórica foi sobre grupalidade. Devisson apresentou a hipótese de dinâmica inconsciente nos grupos e uma produção subjetiva. Utilizou como exemplos o cotidiano das equipes na unidades de saúde. Algumas perguntas tiveram grande impacto sobre o debate subsequente do grupo: por que tantos dos sentimentos vividos dentro de um grupo costumam produzir muitas ações e algumas argumentações, mas não entram eles mesmos no debate (consciente) do grupo? Quais os possíveis significados da disposição das pessoas numa sala de reunião da unidade? (Por que alguns ficam atrás da pilastra?). Por que tantos temas que freqüentam assiduamente a cozinha e os corredores não ocupam a pauta da reunião? Esta oferta teórica foi retomada em diversos momentos nas discussões de casos.

O terceiro encontro trouxe um caso clínico que era meu conhecido por conta de discussões de caso em uma disciplina da graduação de medicina⁴⁴. O caso apresentado pela pediatra era conhecido na Unidade, mas não era propriamente de responsabilidade direta da mesma. Era um caso que provocava “barulho” na unidade. Era conhecido de muitos profissionais e apresentava-se a hipótese de um possível “erro de conduta”. O caso acabou sendo apresentado ao GBP de uma forma bastante superficial, suprimindo esta hipótese. Era a história de uma mulher tida como “poliqueixosa”, que teve suas queixas ridicularizadas pela Unidade durante muito tempo e, por conta disto, não se percebeu quando ela começou a apresentar um problema grave, cujos cuidados foram postergados desnecessariamente em função da primeira hipótese. Não se discutiu tão pouco a forma como se costuma lidar com este tipo de paciente. O caso me obrigou a um exercício de separação de “lugares e papéis”. As informações privilegiadas que eu tinha não foram utilizadas. O caso, no entanto, não evoluiu na discussão grupal porque simplesmente não era de responsabilidade da pediatra e ela tinha pouca possibilidade de intervir, assim como de ajudar a equipe a aprender algo com o fato. Foi problematizado

⁴⁴ Esta disciplina (MD 945) possibilita que equipes da atenção básica tragam um caso complexo para um grupo de alunos do internato médico. Estes têm a tarefa de conhecer o caso (geralmente através de uma visita domiciliar), conhecer a visão que outros serviços têm sobre o caso, pensar a coordenação, fazer um PTS e fazer uma devolutiva de apoio gerencial à equipe.

com o grupo a importância de que os casos fossem de responsabilidade direta dos participantes do grupo.

Neste dia eu mesmo ministrei a aula a respeito de co-gestão. O texto base foi “O taylorismo já era?” de CAMPOS (2000). A influência dos princípios tayloristas no cotidiano do trabalho e da gestão, a produção de subjetividade da organização burocrático-taylorista, em direção a uma vontade de encontrar um suposto “the best one way”, traduzida em protocolos, programas e medicina baseada em evidências, etc. O conteúdo foi retomado várias vezes. O caso discutido foi apresentado por uma participante que era apoiadora do distrito de saúde ao qual o grupo todo pertencia. Ela trouxe um caso “gerencial” de uma UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE em que fazia apoio e em que vários participantes do grupo trabalhavam. O tema que ela trouxe foi em relação ao atendimento em saúde mental. O problema trazido dizia respeito a um conflito que havia se estabelecido entre as equipes da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE e a equipe de saúde mental. A equipe de saúde mental queixava-se de que estava sobrecarregada com atendimentos excessivos, de “porta”, e que estes pacientes não eram, na sua maior parte, da “saúde mental” (“transtornos de ansiedade”, “lutos”, “tristezas”, etc.). As equipes de Saúde da Família, por sua vez, queixavam-se de que a Saúde Mental não atendia os pacientes que eram sua obrigação e se sentiam também sobrecarregadas. O tema da saúde mental na atenção básica começou a ser debatido no GBP neste dia. Alguns aspectos do problema foram bem delimitados neste momento:

a) os pacientes com problemas de diagnóstico mais grave (psicose e esquizofrenia), quando estabilizados, eram de mais fácil manejo do que os pacientes com diagnóstico mais simples. Por exemplo, um paciente que “chora” por causa de um luto, pode dar mais “trabalho” que um paciente psicótico que frequenta rotineiramente os consultórios do psicólogo e do psiquiatra. Este fato provocava incômodo nas equipes que não eram de saúde mental.

b) as equipes de SF muitas vezes não consideravam que a dimensão subjetiva do sujeito doente, ou mesmo algum problema simples no campo da saúde mental, fosse seu objeto de trabalho ou sua responsabilidade.

c) Foi apontada também a necessidade da ABS de se “especializar” nos problemas mais prevalentes da sua clientela. A queixa de que os problemas de saúde mental eram muito prevalentes não deveria disparar uma tentativa de transferência de

responsabilidade para um especialista, mas ao contrário, uma busca por capacitação. Do contrário, a ABS não conseguiria ser resolutiva em pelo menos 80% do problemas de saúde. Foi verbalizado na discussão que “por mais que se queira atender apenas pacientes ideais, estes não existem”.

Este tema foi retomado com bastante frequência em muitos outros casos. Neste momento foi abordado também o tema da co-gestão (na resolução de conflitos) e o papel do apoio em uma UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Procurou-se retomar a discussão da saúde mental em outros casos e aulas teóricas, como a aula sobre Clínica Ampliada, a aula sobre o trabalho na atenção básica (do Prof. Guilherme A. Melo⁴⁵), entre outras.

Neste encontro, a oferta teórica foi sobre clínica ampliada. O prof. Gastão⁴⁶ apresentou uma proposta de roteiro prático (que será detalhada adiante) incluindo ciclos de abordagem e compartilhamento de diagnósticos e decisões. Posteriormente avaliou-se que o tempo foi insuficiente para o conteúdo extenso.

No dia 23/03/07 discutimos um caso trazido por uma apoiadora do Distrito, sobre um paciente com tumor de pênis que recusava atendimento. Tratava-se de uma discussão sobre um paciente já falecido e a médica, quando em contato com o caso, estava trabalhando no ambulatório de especialidade. O paciente evoluiu para um quadro terminal e recusou, ainda assim, qualquer tipo de atendimento. No entanto, a recusa do paciente parecia ter sido bem vinda pelos diversos serviços em que ele era “acompanhado”, porque havia pouca disposição de todos para lidar com um quadro tão difícil. O tema causou grande debate no grupo. Uma parte dos profissionais, principalmente médicos, consideraram que não era adequado e não era papel da ABS cuidar de pacientes terminais. Ainda mais alguém recusando atendimento. Um médico explicou seu ponto de vista acrescentando que qualquer atenção a um paciente terminal seria compromisso humanitário, e não dever profissional. Novamente a discussão do grupo rondou o compromisso da ABS com a clientela adscrita. O fato é que a maior parte do grupo era de Unidades de Saúde que não haviam realizado a adscrição de clientela, e ainda tinham como padrão de ABS um modelo programático e preventivo que tem um vínculo territorial muito vago. Como coordenador, avalio que tive dificuldade em controlar a diretividade das intervenções. Fato que talvez tenha produzido algum mal-estar, e alguns dos efeitos

⁴⁵ Professor da Universidade Federal de São Carlos

⁴⁶ Gastão W. S. Campos, professor do DMPS da FCM UNICAMP e apoiador do grupo.

colaterais descritos por BALINT, quando o coordenador do grupo toma excessivamente o lugar do suposto saber. Outro tema suscitado pelo mesmo caso, foi o vínculo com pacientes difíceis ou terminais: *“quando morre ou fracassa o tratamento de um paciente que eu não conheço ou tenho pouco vínculo, o sentimento de perda é muito menor”*. Configurava-se um importante paradoxo: os pacientes que mais necessitavam de intervenção eram, “estatisticamente”, aqueles em que havia mais chance de frustração. Este importante tema não reapareceu mais desta forma. Anotamos a sua importância, a intensidade daquela reflexão naquele momento, mas quando surgiu oportunidade de retomá-lo não houve interesse suficiente no grupo. Talvez tenhamos perdido uma oportunidade de abordá-lo adequadamente naquele momento.

Ainda na mesma tarde, o grupo foi dividido em dois e cada metade leu e discutiu um texto. Um artigo sobre o “flash” na clínica, do livro “Seis minutos para o paciente” (BALINT, E. e NORELL: 1976.), e um texto sobre o ECOMAPA (MOURA: 2004). Cada coordenador acompanhou a discussão em um grupo.

No grupo que discutia o “Flash” muitos participantes apresentaram dificuldades em aceitar esta possibilidade na clínica. Foi verbalizado que este tipo de percepção da relação clínica não era tarefa do “médico” ou da “enfermeira” sendo tarefa do psicólogo ou psiquiatra. Um dos participantes (médico) manifestou-se contrariamente ao grupo, concordando com o texto de que o “flash” era algo inevitável nas relações humanas, e que poderia ser aproveitado na clínica, caso soubessem usá-lo. A polêmica se estendeu quando se juntaram os dois grupos. Tratava-se de uma proposta muito difícil de aceitar para uma parte do grupo. O texto do ECOMAPA, por outro lado, produziu pouca discórdia. O texto defendia que a abordagem familiar pelo método CALGARY era um recurso da equipe de SF, porém, também um saber do núcleo da enfermagem. Isto possibilitou certa tranquilidade dos médicos e alguma identificação da enfermagem, de modo que não houve muita polêmica.

Este dia, muito intenso e com análises provocativas, (co) produziu uma desistência. Um dos médicos que mais tinha manifestado incômodo com as discussões e propostas da tarde, desistiu de continuar o curso. O argumento para a desistência foram problemas de horário na Unidade (de fato ele era o único generalista para três equipes), no entanto, como a desistência suscedeu um dia bastante produtivo, a hipótese é que isto tenha

influenciado na decisão. De qualquer forma, pode ser que tenhamos sido pouco eficazes em evitar uma disputa intelectual pela “verdade”, dada a intensidade de emoções produzidas pelos temas.

No dia 30/03/07 o caso foi apresentado por uma enfermeira que também estava em uma Unidade sem equipe estruturada e onde não havia clientela adscrita. O caso colocado no “portifólio”⁴⁷, antes da discussão, foi o seguinte:

Dona Gisela, 70 anos, viúva de 3 maridos, moradora da região da Vila Matilde há mais ou menos 20 anos. Ela tem 3 filhos: a primeira mora em Londrina e não vê e nem fala com a mãe há uns 10 anos; a segunda filha mora no Guarujá e também não cuida muito da mãe; o outro filho mora em Campinas. Com ele temos mais contato.

Dona Gisela, Tem Mal de Alzheimer, vive com uma vassoura na mão varrendo a porta da casa dela, a rua e a calçada da escola e do Centro de Saúde. Sempre somos chamados, pois, ela, chama todos os homens e alunos/meninos que passam para entrar para dentro de sua casa para ter relação sexual com eles. A maioria deles entram, principalmente os alunos que já conhecem e aproveitam da situação para usar drogas, fazer festas ou até mesmo aproveitar da situação da boa senhora.

Já foi pega pela polícia no meio da madrugada perdida pelas ruas de Campinas, já foi agredida várias vezes dentro de casa e na rua. Já atearam fogo nela, já roubaram tudo que ela basicamente tinha dentro de casa, já se envolveu (em outras épocas) com homens alcoólatras.

Tentamos entrar em contato com as outras filhas, mas, ninguém quer saber da paciente. A filha que mora no Guarujá, nos relatou que levou Dona Gisela para sua casa, mas, que ela fugiu e veio parar em Campinas. A filha de Londrina não nos atende. E o filho de Campinas, sempre nos atende bem, mas disse que levou sua mãe para sua casa e ela tentou por fogo na casa com a nora dentro e tentou matar sua neta de 6 anos. Refere que está tentando uma clínica de repouso, mas não consegue vaga e ele não pode pagar uma particular.

Dona Gisela é agressiva quando contrariada. Não aceita cuidadores dentro de sua casa, não toma medicamentos e nem come comida feitas por outras pessoas.

Esta semana fomos chamados pela vizinha, pedimos para o SAMU buscá-la e, quando eles chegaram ela disse que estava bem e queria passear pelo shopping. No outro dia fomos chamados novamente. Quando cheguei até sua casa seu filho estava lá e disse que a levaria para o Pronto Socorro. Ao andarmos pela casa percebemos que havia espalhados pelo chão alguns comprimidos que não sabíamos quais eram. Levamos a paciente para a Unidade, pedi para o clínico atendê-la, o qual, achou melhor que fosse para o pronto socorro para fazer exames. Liguei no Pronto Socorro, e, pedi que ela fosse atendida assim que chegasse, pois, tive medo que ela não deixasse fazer os exames ou agredisse alguém.

⁴⁷ Pasta virtual da ferramenta de Ensino à Distância (TELEDUC) em que cada participante pode guardar arquivos eletrônicos, compartilhando-os ou não com colegas e professores.

Já passamos o caso para a assistente social, a qual, já entrou em contato com os filhos várias vezes, já disse que vai denunciar no conselho do idoso, mas, sem sucesso.

A preocupação mais verbalizada era em relação aos comportamentos “estranhos”, agressivos e provocativos da paciente. Os vizinhos queixavam-se para o Centro de Saúde querendo que a equipe providenciasse uma internação em alguma casa de repouso. Chamamos a atenção do grupo para o fato de que D. Gisela sabe muito bem o que quer, e que esta clareza, obstinação e persistência em um modo de vida, *não combinavam com o diagnóstico de Alzheimer. Aliás, o diagnóstico vago de Alzheimer* fazia a equipe apostar e investir grande energia na possibilidade da paciente ingerir um medicamento de alto custo com esperança de que ela “melhorasse” seu comportamento. Possibilidade remotíssima já que os melhores e (extremamente) duvidosos resultados deste tipo de medicamento apontam para estabilização temporária da doença por três meses (!!!!). Por outro lado, a irredutibilidade da decisão dos filhos em não “cuidar da mãe” (como a equipe achava que deveriam) produzia uma forte vontade de denunciar a família no Conselho do Idoso, em um ímpeto moralizante, segundo nossa avaliação. Embora em quase todos os casos tenha aparecido o tema da “desobediência” do paciente em relação “às ordens” da equipe, neste caso ficou mais explícito o caráter apostólico da relação com a família. Estas observações foram colocadas para o grupo no decorrer da discussão. O objetivo era possibilitar ao grupo alguma análise sobre os afetos da equipe (e por identificação do próprio grupo) em relação à situação que a paciente provocava. É curioso que a forma que a senhora buscava para se comunicar era “varrendo” o lugar. Fazia isto na escola (até que a diretora a proibiu de entrar), na rua e em estabelecimentos comerciais. Um dos conflitos relatados com vizinhos se deu porque a dona de uma lojinha não quis que ela varresse dentro da loja.

As propostas da equipe até então não implicavam na possibilidade de construção de vínculo com a paciente ou com a família, ou o aprofundamento da compreensão do caso. As propostas eram mais relacionadas a alguma forma de transferência de responsabilidade: buscar que os filhos cuidassem da senhora ou buscar obrigá-la a um comportamento mais adequado através da medicação ou uma casa de repouso. Alguns temas importantes rondaram a discussão deste caso, e foram anotados no “diário de bordo”:

- 1- A determinação social de um problema: a baixa tolerância dos vizinhos com uma

idosa sensualizada e “invasora”. A expectativa social de um lugar e de um papel para o idoso.

2- A falta de uma equipe bem definida na Unidade (a paciente era de todos e de ninguém e o trabalho era serial focado em procedimentos).

3- A dificuldade da equipe de buscar alguma potencialidade e saúde na paciente.

4- As prioridades da equipe x as prioridades (a serem buscadas) da paciente.

5- os limites e as dificuldades: funcionam como o ponto de partida para o começo de um PTS, ou justificativa para não começá-lo?

6- a dificuldade de reconhecer e de lidar com os afetos existentes entre equipe e paciente / equipe e comunidade.

7- dentre tantas referências no grupo (embora um caso apenas fosse discutido) de idosos que acumulavam lixo na casa, D. Gisela parecia estabelecer também uma relação com o lixo, mas invertida: em vez da obsessão de “juntar”, a mania de limpar. Talvez como outro pólo deste tema prevalente na terceira idade.

8- D. Gisela colocava em análise tanto a sexualidade do idoso na comunidade, quanto a própria comunidade, já que ela parecia encontrar parceiros não só entre “moleques do colégio”, mas também em outros membros da comunidade. Se a vulnerabilidade às DST's era um problema concreto neste caso, as propostas terapêuticas poderiam facilmente se misturar às dificuldades da equipe e da comunidade para lidar com um tema sensível.

Este caso não obteve um bom seguimento. Problemas estruturais da equipe e eventos particulares comprometeram a possibilidade de investimento no caso.

A aula teórica neste dia foi sobre “Ciência e conhecimento: saber científico e popular. Políticas e Gestão: tendências”, com o prof. Carlos Gama Pinto⁴⁸. O objetivo era demonstrar como o saber científico é fortemente influenciado por forças culturais e interesses políticos. Buscou-se apontar os limites de estudos que buscavam generalizações sobre médias, quando aplicados a situações singulares. A idéia era valorizar a experiência, a análise global da situação singular, a dinâmica relacional no processo de análise e decisão dos trabalhadores. No entanto, não foi o que aconteceu. O assunto pareceu estranho aos temas que estavam sendo discutidos. Procuramos retomar esta discussão em outros momentos.

A discussão do dia 13/04/07 foi sobre o caso D. Telma e Sr. Júlio,

CASO Telma e Júlio

⁴⁸ Médico e Pesquisador do DMPS/FCM UNICAMP.

D. Telma era casada com o Sr. Júlio. Ela tinha 62 anos e ele 68. Ambos tinham aposentadoria e moravam em casa própria. Eram casados há 15 anos. Ele fora casado e tivera 2 filhos, tendo se separado da primeira mulher há 15 anos. Ela casara muito jovem, e ficou viúva com 48 anos. Os filhos de ambos moravam em cidades próximas, mas o contato não era freqüente. D. Telma era acompanhada na Unidade de Saúde porque tinha pressão alta com o agravante de ser obesa. A equipe procurava convidá-la para grupos de caminhada e orientação sobre hipertensão arterial, mas ela não se interessava muito. O uso das medicações não era regular, mas a pressão vinha se mantendo sem aumentos preocupantes. O Sr. Júlio não gostava muito do pessoal da Unidade. Algumas vezes a esposa se queixava de que ele estava “bebendo muito”. No carnaval daquele ano choveu muito. Na quinta feira o Agente Comunitário de Saúde contou para a enfermeira que D. Telma havia escorregado durante o feriado e fraturado o fêmur. Ainda estava internada no hospital de urgência. Uma semana depois D. Telma estava de volta para casa, no entanto não havia sido feita nenhuma cirurgia para a fratura. A equipe ficou sabendo que a cirurgia não havia sido realizada porque D. Telma estava com “anemia”. De volta para a casa D. Telma não podia se levantar da cama sem ajuda. O marido tinha dificuldades em ajudá-la a ir ao banheiro, e mais dificuldade ainda para fazer comida. A equipe rapidamente se mobilizou. Fez reuniões para fazer um projeto terapêutico, mobilizou-se para estar presente quase diariamente na casa de D. Telma, para ajudar na lida cotidiana. Constatou a necessidade de uma ação intersectorial e fez contato com a pastoral da saúde para que ajudassem. Voluntários da pastoral passaram então se revezar para fazer comida diariamente, além de disponibilizar uma cesta básica mensal. Durante seis meses a equipe e a pastoral sustentaram com enorme esforço a ajuda cotidiana a D. Telma. No entanto, com o passar dos meses a equipe percebeu que cada vez mais o Sr. Júlio se embriagava e se afastava da casa. Já não contribuía com nem um centavo para a manutenção da família. Ao contrário, segundo informou a pastoral, o seu pagamento não durava mais do que dois dias nas festas que dava com as prostitutas da região. Algumas delas o acompanhavam ao banco no dia do pagamento e de lá saíam com ele para gastar o dinheiro. D. Telma da mesma forma não se encontrava bem “emocionalmente”. Apresentava queixas vagas, um aumento da obesidade e dos picos hipertensivos. A equipe desconfiava que ela estava com “depressão”. Repentinamente D. Telma pega um resfriado que se transforma em pneumonia. A equipe solicita uma internação hospitalar. A equipe estava envergonhada, mas estava aliviada. D. Telma estava deixando exaustos a todos. Três dias depois a assistente social do hospital telefona, dizendo que ela está muito fraca e perguntando sobre as condições de retorno para D. Telma. A assistente social do hospital informa à equipe que contatara os filhos de D. Telma na cidade vizinha e que um deles gostaria que a mãe fosse para a sua casa, mas sem o Sr. Júlio. A assistente social solicita para a equipe uma opinião sobre a melhor decisão a tomar. A equipe decide apoiar a proposta de mudança de D. Telma para a casa do filho. Assim é feito. Depois de três meses a equipe fica sabendo que D. Telma havia falecido. O Sr. Júlio freqüentemente se embriaga e adentra a Unidade de Saúde aos brados, dizendo a quem estiver na frente: “você roubaram a minha mulher”.

O caso foi apresentado pela enfermeira da Unidade. A equipe sentiu-se bastante

incomodada com o desfecho. Como é possível tanta dedicação, tanta abnegação com o “próximo” resultarem em uma situação duvidosa? A discussão no grupo girou em torno da autonomia dos usuários e os excessos da equipe. Apontamos a dificuldade da equipe de colocar sob crítica a conduta da ortopedia, que não programou a cirurgia após a fratura, a qual poderia restituir-lhe importante grau de autonomia. Faltou *clínica da doença*, para que a equipe pudesse investir também na possibilidade de recuperação da Sra. Telma em relação à fratura, que de fato era o que a tornava acamada. Um dos participantes do grupo também era ortopedista e pôde assegurar que anemia não costuma ser motivo para impedir uma cirurgia destas. Mesmo que fosse o caso no momento da fratura, nada impedia que esta cirurgia não pudesse ter sido planejada e executada. No entanto a equipe não se mobilizou nesta direção. Nem lhe ocorrera tal hipótese. Esta dificuldade de colocar em análise as “verdades científicas” dos especialistas foi retomada infinitas vezes, e parece ter sempre provocado alguma surpresa.

No encontro seguinte foi feita uma avaliação das atividades do grupo até aquele momento. O pessoal se queixou de que tinha pouco tempo para ler todos os textos. Alguns disseram que tinham se desacostumado com a leitura e estavam reaprendendo. E estavam se assombrando com os conteúdos provocativos. Um dos alunos, que havia estudado com o método da problematização (PBL), avaliou que estávamos deixando muito soltas as discussões. Para ele, não estava claro ainda se a teoria oferecida realmente buscava alimentar as demandas do grupo. Outro aluno queixou-se de que havia poucos casos gerenciais e que sentia dificuldades para falar de gestão com a presença de apoiadores (superiores hierárquicos) no GBP. Outros concordaram que havia receio em trazer temas “espinhosos” para um espaço em que havia gestores. Este tema foi explorado, apontamos que este era um desafio para o grupo. No entanto, até o momento da eclosão de uma crise da qual falaremos adiante, as ponderações resultaram inúteis. A avaliação posterior foi de que teria sido benéfico para o grupo e para o funcionamento do SUS, eventualmente, trazer gestores para participações eventuais na roda do GBP. O objetivo seria utilizar aquele espaço “protegido” para exercitar uma relação menos vertical e ajudar o grupo a lidar com as fantasias. Em geral, percebemos que os gestores assumiam uma dimensão onipotente, aos quais seria possível atribuir todo o “bom” e todo “mal”, fora do grupo, facilitando a permanência do grupo em uma posição passiva.

Desta conversa passou-se ao tema da não participação nas reuniões de equipe.

as pessoas não querem vir na reunião. Todo mundo sabe o horário... mas sempre arranja álibi para não vir. Na última reunião um profissional chorou porque foi colocada para ele uma crítica...

Com ajuda do quadro branco Deivisson ajudou o grupo a mapear as possíveis causas da fuga das reuniões:

- 1- Muitas outras coisas para fazer (excesso de demanda)*
- 2- Falta de interesse e desestímulo.*
- 3- Convicção ou experiência de que reunião “não serve para nada”.*
- 4- Problemas pessoais com pessoas da equipe. Medo de exposição pessoal.*

Depois destes apontamentos o coordenador perguntou ao grupo o que poderia estar por trás destas causas. O que poderia estar presente, porém inconsciente ou não verbalizado:

- a) Sentir-se pouco valorizado na equipe. Pouco valorizado financeiramente*
- b) não se sentir capaz de realizar as funções na equipe*
- c) discordar das suas funções na equipe*

O debate possibilitou um primeiro olhar sobre as dificuldades de se fazer reunião e de trabalhar em equipe. Discutiu-se um pouco sobre quais elementos estavam mais relacionados à satisfação do trabalhador. Deivisson citou vários estudos que apontavam para a importância do “ambiente de trabalho” (clima na equipe⁴⁹), da percepção do resultado do trabalho (obra), da possibilidade de aprendizado constante, além do salário e do reconhecimento social. Nos dias seguintes, no FÓRUM DE DISCUSSÃO do TELEDUC, uma das participantes escreveu o seguinte comentário:

Após discutirmos o porquê que as pessoas fogem da reunião de equipe, fiquei me questionando e acabei também questionando os próprios faltosos. Tentando tornar consciente o inconsciente. Alguns dizem que estão cansados de reunião, que as reuniões não resolvem nada ou que não agüentam mais discutir o caso do mesmo paciente.

⁴⁹ BOWER, P. E. CAMPBELL, S. ET AL 2001: Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study,

(...) Acredito que muitas vezes no trabalho, esperamos que grupos de pessoas tornem-se equipes por si sós, de forma instantânea e sem ajuda. Quando o Gustavo exemplifica com um time esportivo; Em um time esportivo há um técnico, cada um tem um papel definido, o objetivo é concreto e mensurável, a competição é visível (o time tem que se unir). No trabalho, as pessoas não sabem seu papel ou algumas vezes não estão satisfeitas com ele, ou não se sentem no papel. Os objetivos não são claros, há competição dentro da equipe e a equipe está entregue à própria sorte. Então como que as pessoas vão querer fazer parte desta equipe. Às vezes as reuniões destroem as equipes, as pessoas se atrasam, as reuniões ultrapassam os horários, são chatas, as pessoas não contribuem, a pauta é cansativa, alguém domina a reunião o tempo todo, as decisões são arbitrariamente impostas por não se chegar a uma conclusão.

O que fazer? Organizar e variar a reunião. (Pauta organizada, pontualidade, eficiência, definir os pontos de ação, reforçar os pontos de eficiência ao término da reunião). Muito mais que isso. Levar à equipe a reflexão proposta pela C. dentro de cada um de nós. Um time se conhece, sabe das suas potencialidades e reconhece seus fracassos e tenta superá-los. E o nosso time da nossa EQUIPE LOCAL DE REFERÊNCIA? Às vezes nem compreende seu papel! Reconheço que o empoderamento, autonomia, a responsabilização e a definição clara do papel de cada um contribuem aumentando a capacidade das pessoas de criar os resultados que desejam, estabelecendo colaboração, e aprendendo continuamente para aprender junto. Mas ainda temos alguns obstáculos para transpor.

Este relato foi, no caso desta participante, o início de um trabalho em sua equipe, na direção da construção de uma grupalidade na equipe. Eles perceberam que o espaço coletivo estava de fato abandonado e apostaram, apesar de todas as dificuldades, em ao menos fazer o “mínimo”: cuidar da pauta, organizar uma boa mesa de “petiscos”, evitar centralizar a reunião em uma pessoa, evitar fugir dos conflitos... enfim, fazer daquele espaço um espaço também prazeroso, passível de dificuldades, mas também de celebração. Os relatos do desenvolvimento desta equipe e a complexidade deste debate encontraram ressonância nas reflexões de OURY (1991), em um dos textos ofertados ao grupo:

“Ora, na própria equipe já existe uma forma de colocar em prática permanente as relações complementares, assim como as complementaridades, (mas não as complementaridades tais como: “sou especialista nisso, ele naquilo, etc...”). Trata-se, com efeito, de um registro quase material: de um lado a articulação de diferentes competências, de outra as condições de uma certa forma de convivência. Aí existe uma armadilha: não se trata de uma complementaridade mais ou menos romântico-moderna, do gênero “estamos todos do mesmo lado”, que se perde no especular, mas de uma complementaridade inconsciente.

É nesse nível que podemos falar de sensibilização: levar em conta o fato que o outro, o companheiro de trabalho, aí está na sua própria qualidade de “presença”, poder conhecer o outro naquilo que é capaz de...

Aliás, praticamente é o que fazemos. Quando estamos embaraçados frente a um doente complicado, a solução surge espontaneamente, isto é: “seria bom que esse tal pudesse vê-lo”, pois sabemos que aí existe uma ressonância, uma espécie de adequação entre a potencialidade manifesta do companheiro de trabalho e a particularidade do sujeito que se apresenta”.

A ousada e sofisticada proposta de OURY (1991), de compreender a equipe na perspectiva de uma complementaridade inconsciente, fugindo da banalização do trabalho em equipe, sintoniza-se com a preocupação de BALINT de montar um método e um espaço para os profissionais lidarem com a dimensão inconsciente das relações clínicas, e também com o Método Paidéia, que busca propiciar uma “roda” capaz de dar continência a necessidade de se lidar com poderes, afetos (conscientes ou não) e saberes. Posteriormente, com a aula da Profa. Rosana Onocko Campos⁵⁰, abordando as tipologias das equipes e a diferença entre “estar gestor” e “ser” gestor, este tema retornou ao debate no grupo. A aula e o texto da professora (ONOCKO CAMPOS: 2003), oferecido à turma para discussão, contribuíram também para ajudar vários participantes a lidar melhor com o trabalho em equipe e a gestão.

No segundo momento da tarde a aula teórica foi do Prof. Guilherme Melo Arantes. A encomenda ao professor se deu em função da nossa avaliação de que o grupo tinha ainda pouca identidade com a Atenção Básica. Ainda havia certa sensação de inferioridade de muitos membros do grupo, por se sentirem em um espaço de trabalho desprivilegiado socialmente (sensação nem um pouco fantasiosa, é bom lembrar). A aula abordou princípios da medicina de família em vários países. Um aspecto que chamou a atenção do grupo foi a afirmação do professor sobre a clínica e os exames com baixo valor preditivo positivo, em função da prevalência baixa de várias doenças na Atenção Básica, produzindo a necessidade de uma clínica sofisticada, capaz de lidar com a incerteza (STARFIELD: 2003; GÉRVAS: 2005). Apesar disto, existe no Brasil toda uma desvalorização deste trabalho, assim como intensa valorização dos especialistas e dos exames. Talvez um dos motivos do grande impacto desta aula tenha sido também o relato do professor da sua trajetória pessoal, da descoberta da atenção básica para alguém que teve uma formação que privilegiara, como a da maioria dos médicos, o trabalho em hospitais. Em inúmeros outros momentos do grupo esta aula foi retomada por

⁵⁰ Professora do DMPS/FCM/ UNICAMP

participantes e por nós, tendo sido muito importante na trajetória do grupo. Um tema que chamou inicialmente pouca atenção do grupo, mas foi considerada uma importante oferta, foi o destaque dado pelo professor a princípios da medicina de família do Canadá, principalmente à proposta de que para se tornar uma “disciplina baseada na comunidade” é necessário que o médico seja “membro da comunidade”. O professor destacou a importância da busca de um distanciamento menor entre profissional e paciente, citando Darcy Ribeiro:

“Com efeito, no Brasil, as classes ricas e as pobres se separam uma das outras por distâncias sociais e culturais quase tão grandes quanto as que medeiam entre povos distintos”. (DARCY RIBEIRO: 1995)

A construção da Atenção Básica passaria, portanto, por desafios decorrentes deste distanciamento de classes, que a proposta de Agentes Comunitários de Saúde pode ajudar diminuir, mas também pode ratificar e cronificar, potencializando uma relação de dominação de classe já estrutural⁵¹.

Na aula seguinte (24/04/07) o caso trazido foi de mais uma idosa. Uma idosa que incomodava a vizinhança com o hábito de juntar lixo na sua casa. Ela era conhecida como Maria do Lixo. A equipe assim a descreveu no TELEDUC:

Dona Maria, usuária da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE desde 1989. Em 1995 há relato de acompanhamento com cardiologista, ginecologista, clínico e enfermagem. Em seu prontuário médico, são constantes os relatos das impressões pessoais dos profissionais que tiveram contato com a paciente.

“A paciente não possui dinheiro algum e joga fora as receitas de remédio” ou “péssimas condições de higiene”. Em outro atendimento na UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, paciente relata descontentamento com as pessoas e com os profissionais de saúde: “todos estudaram para serem burros!” ou ainda “estou curada e não quero remédios, pois tenho ido à Igreja”. Mas há relatos de cansaço, pois trabalha recolhendo ferro-velho na rua. Após três meses, retornou à UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE com queixa de dor nos joelhos (fica três horas por dia ajoelhada rezando), muito nervosismo e insônia. Em 2002, o clínico relatou que “paciente é resistente a orientações”. Também: “paciente é rebelde a tratamentos”. Em 2003, comparece para consulta médica, solicitando Raios-X de abdome para “ver se está doente”, mesmo sem queixas abdominais. Ainda em 2003, em visita das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), constata-se um grande acúmulo de lixo dentro da casa, na calçada e no quintal, o que vem

⁵¹ O Agente Comunitário é escolhido entre os membros da comunidade. Muitas vezes ele é um elo de comunicação entre os profissionais universitários da unidade de saúde e a população. Esta possibilidade de acesso à comunidade pode ser usada para melhor compreensão e respeito a esta comunidade, mas também pode ser usada para um exercício mais sofisticado de dominação e submissão.

contribuindo para o aumento da população de sinatrópicos⁵² e reclamações dos vizinhos. Uma das filhas, que mora no mesmo terreno, compromete-se a livrar-se do lixo. Após oito dias, a filha relatou limpeza parcial do terreno. O caso foi discutido com EQUIPE LOCAL DE REFERÊNCIA. Foi realizada visita domiciliar. Foi feito contato com a filha para cadastro SUS da paciente e iniciada construção de Projeto Terapêutico, que contemplava consulta com médico, visita domiciliar pelas ACS, contato com a filha mais próxima, trabalho na direção do desapego ao lixo e matriciamento e inserção da paciente no Centro de Atenção Psico Social (CAPS). O contato com as filhas não ocorreu, pois uma morava em outra cidade e a que reside no mesmo terreno negou-se a atender os ACS. Quanto à inserção da paciente no CAPS, com auxílio de matriciamento, a paciente realizou um atendimento e não retornou mais à UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Em 2004 retornou referindo edema no pé esquerdo, após queda de uma tábua sobre o mesmo. Entre 2004 e 2005 houve nova articulação para retirada do acúmulo do lixo. Em 2007, o Distrito de Saúde foi notificado judicialmente com a imposição de prazo para a retirada do lixo acumulado na residência da Dona Maria, o que foi feito.

Apesar do histórico da paciente de HAS e dor abdominal recorrente, aparentemente não apresentava complicações clínicas, apenas péssimas condições de higiene, o que não incomodava a filha que morava no mesmo terreno. Essa família, em especial as filhas, aparentemente, tinham uma dificuldade de aceitação dessa mãe, ao ponto dela quebrar o vínculo familiar, vivendo pela rua juntando lixo (reciclável e restos de comida) e isolar-se da família, vivendo trancada no espaço que sobrou em seu imóvel abarrotado de lixo. Algumas vezes pensamos nos vizinhos como rede de apoio já que Dona Maria mora no local há mais de quinze anos; porém, os vizinhos já estavam cansados das “esquisitices” de Dona Maria e do acúmulo do lixo na calçada, o que gerava as constantes denúncias à vigilância sanitária.

Poder-se-ia acrescentar que, quando o Distrito viabilizou uma operação de guerra para retirar lixo da casa de D. Maria, esta ação não foi realizada em conjunto com a equipe. Na verdade, os participantes do grupo relataram uma certa sensação de vergonha e de traição em relação à D. Maria. O que não contribuiu em nada para qualificar o vínculo e possíveis intervenções posteriores. Já que, após a limpeza, ela continuou juntando lixo. A equipe manteve-se então distanciada e o médico participante do grupo relatou ter se encontrado casualmente com D. Maria em uma visita domiciliar de uma vizinha, a quem D. Maria costuma prestar assistência.

Idosos acumulando lixo na casa parece ser um tema recorrente na atenção básica. Mereceria talvez um estudo como fenômeno coletivo, possivelmente sinalizador das

⁵² Ratos, pombos, baratas, mosquitos entre outros.

relações com o idoso na atualidade. Recentemente, a partir do estatuto do idoso, pode-se perceber o risco de uma forte normatização e controle da vida do idoso. Repentinamente, até mesmo situações bastante comuns como o desejo de morar sozinho, podem resultar em preocupações de vizinhos e profissionais “com os riscos e a má alimentação”, podendo ser motivo de intervenções (apoiados no estatuto do idoso) para responsabilizar a família por “descuido”. Isto, ignorando frequentemente todas as declarações do idoso de que assim o deseja. Sob o argumento de protegê-los, vários idosos vêem os seus direitos fundamentais alienados por serviços de saúde e pela família. Esta lógica provavelmente não deriva isoladamente das instituições para a sociedade, mas talvez também ocorra o contrário. Um caso curioso foi de um idoso que, ao perder a perna, foi impedido de sair e freqüentar bares e amigos. A família rejeitava fortemente todas as propostas de oferta de uma prótese, que permitisse a saída de casa, chegando ao ponto de ameaçar o serviço de saúde de responsabilidade em caso de ocorrer algum acidente de trajeto, ou outro problema decorrente da ingestão alcoólica caso “ele voltasse para o bar”. O discurso do “risco” para o idoso ganha seus contornos mais graves: sob o argumento do risco (real) de morte e agravos, sob a vontade geral de impedir a morte, na verdade, antecipa-se a morte, não a orgânica, mas a social e afetiva.

De qualquer forma, a atenção ao idoso revelou-se grandemente analisadora dos recursos clínicos e do papel da Atenção Básica. Não se trata de dizer que é uma situação simples e que seria resolvida facilmente com quaisquer outras estratégias. Mas sim de apontar que geralmente não são sequer tentadas outras abordagens que não as tradicionais. A sensação de frustração e até de raiva da equipe também raramente consegue entrar em análise.

Embora o relato abaixo não tenha sido apresentado ao GBP, ele ilumina, neste texto, a complexidade da lida com o tema do idoso, com uma história bem sucedida. Não se trata de um exemplo a ser repetido, mas de uma experiência cujo conhecimento abre possibilidades. O relato é da médica e gestora Teresa Martins⁵³, e refere-se a uma experiência em uma UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE de Campinas, ilustra o campo de possibilidades e de recursos que podem ser utilizados na Atenção Básica.

Sr. Anésio, 74 anos, era muito conhecido da equipe de saúde da família que tinha se organizado como tal havia pouco tempo. Vira e mexe lá

⁵³ Teresa Martins é médica sanitária, consultora da pnh/ms, com larga experiência de gestão na atenção básica e fez este texto para a cartilha de humanização na atenção básica da pnh.

estava ele, cheio de queixas, desafiando a sensação de impotência da equipe, pois estava medicado com anti-depressivo prescrito pela equipe de Saúde Mental e com hipertensão controladíssima. A equipe não sabia mais o que fazer.

Até que um dia resolveram pôr o caso na roda, por iniciativa do médico generalista da equipe. Chamaram uma psicóloga para apoiar a discussão. Perceberam que ele demandava atenção freqüente, que os medicamentos eram os usualmente eficazes e que isto não dava conta. Um Agente Comunitário de Saúde lembrou-se que ele era viúvo e vivia sozinho. Tinha um filho casado que passava com freqüência em sua casa. Alguém sugeriu uma visita à casa de Sr. Anésio para ver se aparecia alguma pista. Na visita perceberam que ele se sentia mesmo muito só. Descobriram também que ele havia sido marceneiro durante muitos anos e tinha muita habilidade com a madeira. Fabricava bancos, caixas, animais, etc. tudo em madeira. Quando contava suas histórias, quando mostrava sua obra, seus olhos brilhavam muito.

As pessoas que o visitaram voltaram fascinadas com um Anésio Vida. Chamaram os outros da equipe, a psicóloga da Saúde Mental e compartilharam o que sentiram. Outra luz se acendeu: ora, ora, estamos num bairro onde há tantos meninos adolescentes sem ter com o que se ocupar, que ficam vagando por aí. Será que Sr. Anésio topa ensinar o que sabe a alguns meninos? Será que alguns meninos topam aprender marcenaria? E toparam. E a varandinha da casa de Sr. Anesio virou uma escola-marcenaria, cheia de barulho, de alegria. E Sr. Anesio melhorou imediatamente. Precisava de gente? Sentir-se útil? Inserido na sociedade? Contribuindo de alguma maneira? Pode ressignificar sua vida naquele momento?

É claro que os ACS ajudaram a arranjar sucata de madeira, ferramentas. E neste “vamos catar o que precisa por aí”, um familiar de outro usuário do CS oferece o maquinário de uma oficina inteira de carpintaria que havia pertencido a seu pai que falecera recentemente. Ora, ora, a coisa está crescendo...vamos ter que arranjar um lugar maior que a varanda!

Outra reunião de equipe onde o caso é compartilhado com animação e as pessoas se tocam que deviam existir muitos Anesios, especialmente usando anti-depressivos, que se encontravam solitários, com saberes que poderiam ser compartilhados com outros... e aí saem mapeando potencialidades naquele que parecia um território tão só problemático. E descobrem muitas, muitas pessoas que sabiam diferentes coisas e tinham o desejo de com-viver com outros e compartilhar seus saberes. E como vamos fazer então?

Procuraram apoio da instituição (Distrito de Saúde, Serviço de Saúde Mental parceiro), alugou-se uma casa e nasceu o Portal das Artes. De escolinha de futebol, a vários tipos de bordados, aulas de inglês, canto, dança, muitos instrumentos musicais, marcenaria, sabonetes artesanais, etc...tem de tudo no Portal. Alguns profissionais de saúde das unidades próximas ali fazem algumas horas por semana, voluntariamente, fazendo coisas que gostam: massagem, yoga, artesanato, etc. A maioria das atividades é de usuários/professores para usuários/aprendizes. Muita coisa acontece em outros espaços que não esta casa.

Assim o Portal não é só o Portal, deu passagem a outro modo de olhar as pessoas portadoras de sofrimento, apostou na potência de cada um, abriu

possibilidades para os trabalhadores da saúde poderem também fazer o que gostam, além de entrarem nas relações profissionais de uma maneira muito mais afetiva. (TERESA MARTINS)

No encontro seguinte o relato tratou do caso de D. Francisca.

CASO D. Francisca

D. Francisca era mãe de dois filhos de 10 e 12 anos. Não tinha parentes que morassem por perto. A família por sua vez morava em um quarteirão especialmente degradado do bairro. Havia um ponto de venda de drogas a duas casas da sua. Ela queixa-se freqüentemente de dores de cabeça e também dos filhos, os quais tinha grande dificuldade de manter freqüentando a escola. Queixava-se muito das “más companhias” e que eles começavam a “mexer com drogas”. Quando D. Francisca teve um desmaio, foi levada desacordada para o hospital na ambulância do SAMU, segundo disseram os vizinhos. Os meninos ficaram na casa. A equipe telefonou para o hospital para saber o que estava acontecendo. Descobriu que D. Francisca havia tido um episódio de Hipertensão Intra-craniana e seria submetida a um procedimento cirúrgico para colocação de válvula. Enquanto isto ficaria internada. Os meninos, segundo informou a agente comunitária de saúde, ficaram pela rua. No decorrer da semana a equipe descobriu que D. Francisca seria operada para retirada de um “neurocisticerco”⁵⁴. A cirurgia correu bem e logo D. Francisca retornou para casa. A equipe mobilizou amigos e vizinhos para ajudar no pós-operatório. O médico percebeu que ela estava bem. No começo fez visitas quase diárias alternadas com a visita da enfermeira. No decorrer de algumas semanas D. Francisca começou a piorar. Estava com uma confusão progressiva, não conseguia fazer as atividades rotineiras, como cozinhar e mandar os meninos para a escola. A equipe se reuniu para discutir o caso. Havia uma preocupação dos vizinhos com as crianças e vários haviam sugerido que a equipe deveria pedir para que fossem “retirados dali” para algum “abrigo”. A equipe fez várias reuniões para discutir os prós e os contras da proposta, tentou algumas alternativas de ajuda de vizinhos, procurou descobrir parentes, mas acabou aceitando a proposta de chamar o conselho tutelar, com intenção de avaliar a possibilidade de levar as crianças para um abrigo.

Mais uma vez discutiu-se um caso em que havia passado despercebida a possibilidade do serviço de especialidade haver adotado uma conduta duvidosa. Facilmente a preocupação da equipe direcionou-se para “abrigar” ou “não abrigar” as crianças. Um fato, no entanto, impediu o seguimento deste caso pelo médico que o havia apresentado: ele foi ameaçado de morte e teve que se transferir para outra UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Uma senhora que recebia benefício por doença curou-se da patologia e o médico recusou-se a refazer um relatório solicitando o benefício novamente. A senhora, no entanto, tinha um filho preso, para o qual se queixou. Este por sua vez

⁵⁴ **Neurocisticercose** (NCC) é o termo usado para aludir à infecção do sistema nervoso central (SNC) pela forma larvária da Taenia solium.

“mandou avisar” que no próximo indulto do “dia das mães” o médico seria executado. Embora este caso tenha provocado a ausência do profissional do grupo por algumas semanas e ainda tenha impedido o seguimento do seu caso inicial, nós não conseguimos colocar o tema da “ameaça” em discussão, muito embora, com maior ou menor intensidade, este seja um fato extremamente comum no cotidiano das equipes de saúde nas periferias das grandes cidades. O tema da violência re-apareceu na discussão de outro caso adiante. Evidentemente é mais uma situação complexa, em que forças sociais (o tráfico, a polícia, o Estado) se materializam e se individualizam com enorme contundência. Os limites dualistas entre vítima e algoz nem sempre são nítidos. LANCETTI (2007) defende que chamou de *clínica peripatética*, inspirada na filosofia *andante* de Aristóteles e na radicalidade das políticas de redução de danos e de experiências de cuidado a “moradores de rua”. O autor defende a necessidade de inventar novos settings para a clínica. Desenclausurar profissionais e experimentar novos recursos fortemente baseados no vínculo e na intuição. Não foi possível oferecer para o grupo os textos do autor para discussão dos problemas fortemente influenciados pela violência.

No dia 11 de maio discutimos um caso do único participante que não fazia parte da atenção básica. Ele trabalhava no CAPS, como explicado anteriormente. Neste dia ele apresentou o seguinte caso.

Caçula de oito irmãos, R. é uma mulher de 37 anos, inserida no CAPS há cerca de 4 anos, tem como diagnóstico F 33.1 – Transtorno Depressivo Recorrente (?). Levantou-se também a possibilidade de histeria e psicose epilética, embora seja registrado que ela não possui uma estrutura psicótica.

Relata que sua depressão iniciou-se na infância, não gostava de falar com ninguém, não tinha muitos amigos, sentia muito medo e só pensava em morrer.

Seu pai batia nos irmãos e na mãe, e ela tentava fazer de tudo para não apanhar também e proteger a mãe. E dizia: “Meus inimigos são minha própria família”.

Menciona que, desde os dez anos, tinha convulsões, mas não fazia tratamento, quando ficava nervosa ou assustada perdia os sentidos.

Ela conta também que os irmãos foram obrigados pelo pai a trabalhar desde cedo para comprar coisas para ela, coisa que a fazia sentir-se mal, pois não gostava “de dar trabalho para os outros”.

Refere não ter tido vida própria até chegar na oficina de papel, onde trabalha há quatro anos: “Minha vida foi para a minha mãe, agora que tá sendo pra mim”. Deixou o NOT há 2 meses.

Seu pai faleceu, quando ela tinha 17 anos, de arteriosclerose.

Aos 21 anos trabalhou por três meses como recepcionista e posteriormente, por mais quatro anos como doméstica. Diz ter sido demitida por ser muito triste, quieta e apática, e deu razão aos patrões. Nessa época, relata ter crises convulsivas e fazer tratamento.

Em 1999, diz que ficou isolada, com medo da família e das pessoas, e só comia escondida, sozinha de madrugada.

Em 2000, conta que estava muito triste e procurou atendimento na Policlínica I, que a encaminhou para o Serviço de Saúde Cândido Ferreira - SSCF. Chegou em mutismo e somente escrevia. Relatava estar com zumbidos no ouvido, tontura e ouvir vozes de alguém (seu pai e uma santa) que a mandava se matar, jogando-se da ponte.

Diz que sua mãe só deixou que ela fosse internada por que não sabia que era um hospital psiquiátrico, e que se soubesse não permitiria, pois tem medo de louco (sic). Conta também, que seus irmãos não acreditam que ela precise de tratamento, pois acham que o que faz com que ela fique mal/triste é o fato de ela tomar muitos remédios.

Descreve várias tentativas de suicídio (se cortar com gilete e se jogar da torre do castelo), mas não se recorda de datas, nem há quanto tempo ocorreram e não há cicatrizes..

Em 2003 ingeriu grande quantidade de raticida, após passar um domingo alegre com a família e marido (também usuário do SSCF), e foi internada no Hospital Celso Pierro. Teve um quadro inicialmente muito grave, e só teve recuperação devido ao socorro imediato. Passou dez dias na internação, entre emergência, UTI e enfermaria, e retomou as atividades na oficina de papel no mesmo dia que recebeu alta.

Apresenta-se consciente, com a atenção preservada, memória sem alteração, linguagem fluente, inteligência compatível com seu nível sócio-econômico-cultural e vivência corporal sem alteração.

O PROBLEMA

R. mora com a mãe, dois irmãos, um sobrinho e o 'marido', com quem está junto há cinco anos e que também faz acompanhamento no CAPS.

Há cerca de um ano apresenta o desejo intenso de ser mãe. Por isso foi introduzido anticoncepcional injetável, com acompanhamento rigoroso.

Apresenta constantemente inúmeras queixas com relação à sua saúde, como "bexiga solta", pneumonia/ bronquite, etc...

A EQUIPE

Já realizamos várias Discussões de casos desta paciente e sua relação e sempre terminamos caindo na questão ética – profissional de manter impossível este desejo e o de como poderia ser possível, de fato, ser mãe.

O caso suscitou um grande debate no grupo. Havia nitidamente um conflito na equipe a respeito do projeto para esta paciente. Havia também uma participação da equipe de SF na aplicação da injeção de anticoncepcional, mas a equipe não considerava a paciente como "sua" responsabilidade e conseqüentemente não se atrevia a discutir a

possível gestação no projeto terapêutico. Inicialmente o grupo parece ter reproduzido a discussão da equipe: uma parte a favor e outra contra a gravidez. Houve relatos de gestantes oligofrênicas e em condições difíceis que lograram enfrentar a maternidade com sucesso e relatos de situações mal sucedidas. Discutiu-se o que seria “autonomia” neste caso. Tanto a anticoncepção quanto a decisão de iniciar uma gestação poderiam talvez serem tomadas de uma **forma** diferente da que vinha sendo realizada, com maior consideração e diálogo com a paciente. Por quais motivos parecia tão difícil permitir para a paciente ascender a uma outra condição, ainda mais quando este tema parecia estar se tornando central em sua vida?

No mesmo dia a oferta teórica abordou o tema da Equipe de Referência e Apoio Matricial. A aula foi do professor e também coordenador Deivisson Vianna⁵⁵. No debate o grupo apontou para distância da proposta para a realidade, na relação da atenção básica com os especialistas, apesar do discurso institucional do município em conformidade com ela.

No dia 25/05/07 foi apresentado o relato do Sr. Alberto. Ele tinha 80 anos e sua esposa 75. O Sr. Alberto fora rico, era sociólogo e trabalhou muito tempo fazendo pesquisas de mercado com médicos, para empresas farmacêuticas. Sua principal característica era de que sempre “deseja” obrigar os profissionais a fazerem a prescrição medicamentosa que ele considera correta. Principalmente diazepínicos. A sua postura diante dos trabalhadores de saúde era bastante arrogante e muitas vezes francamente preconceituosa com “pessoas” que ele considerava de origem operária. Ele não aceitava visitas domiciliares e freqüentemente nem abria a porta pela manhã. Embora vivesse na mais pura miséria, recebendo ajuda de uma igreja para o aluguel e para a cesta básica, o Sr. Alberto era categórico: “se quiser me ajudar me arranje contatos para eu voltar a trabalhar”. Não podia ser nenhum trabalho em que ganhasse menos do que 15 mil reais por mês!!! Era freqüente que adotasse posturas preconceituosas e tentasse humilhar agentes comunitários e outros profissionais de saúde. Em geral o Sr. Alberto causava um grande incômodo na equipe. No entanto, a principal peculiaridade do Sr, Alberto é que ele foi apresentado no relato para o grupo, como alguém para o qual eu – coordenador do grupo - tinha “*tentado*” fazer um PTS, durante uma disciplina do curso de medicina. A enfermeira que apresentava o caso não era a mesma que havia trabalhado com os

⁵⁵ Deivisson Vianna Dantas é médico e pesquisador do DMPS/FCM/UNICAMP

alunos durante aquela abordagem do caso um ano antes do início do curso. No entanto, havia claramente a hipótese de que o caso tivesse sido escolhido em função de um desejo de colocar em análise o próprio coordenador. A questão que se colocou imediatamente para nós era qual a melhor conduta nesta situação? Olhando retrospectivamente a melhor conduta teria talvez sido colocar em análise esta hipótese para o grupo. Era verdadeira ou era uma fantasia persecutória? Afinal, era de fato um caso extremamente difícil e atípico. Outra hipótese complementar era confirmar a possibilidade de fracasso do coordenador em relação ao caso, com a intenção de desmistificar o lugar do coordenador (porque um PTS, mesmo de alguém que apóia a realização de PTS, não poderia fracassar?). Estas duas hipóteses implicavam necessariamente em uma importante oferta para o grupo, qual seja, demonstrar a possibilidade de lidar de forma aceitável com a hipótese de fracasso. Esta não seria uma oferta desconsiderável, basta lembrar o conceito de “pré-tarefa” de Pichon Rivere, diretamente vinculado ao “risco” do fracasso. A atividade de coordenador, assim como a atividade de gestão, implica um constante exercício de separação entre “ser” e “estar” nesta função (ONOCKO CAMPOS: 2003). Exercício sempre arriscado. Ainda mais porque assim como os casos mobilizam os participantes dos grupos, mobilizam também os coordenadores. Para complicar, ao contrário do que propunha a enfermeira, eu não tinha uma impressão de fracasso em relação ao caso. Tinha ainda muitas divertidas recordações do Sr. Alberto, recordações que, ao subsidiarem algumas poucas intervenções, não contribuíram em nada, nem com o grupo nem com a enfermeira que apresentava o caso. Uma das intervenções foi a seguinte pergunta “porque apenas sofremos diante de uma situação que também é hilária?”. A minha avaliação é que a pergunta não ultrapassou as dificuldades, nem ajudou o grupo. Esta hipótese - de que não foi um bom manejo de grupo – ficou fortalecida pelo fato de que, até quase o final dos encontros do grupo, esta enfermeira acumulou um grande número de faltas e pouca participação, lembrando fortemente as advertências de BALINT, para os resultados de uma situação grupal em que se cristalizam os lugares de suposto saber e de suposto não saber, conduzindo a uma baixa capacidade do grupo de tornar-se um instrumento para que os participantes experimentem o seu próprio caminho e desenvolvam os seus saberes.

No dia 01/06/07 foi apresentado um caso bastante complexo. Tratava-se de um adolescente de 13 anos. O relato apresentado:

Sandra tem 13 anos e é natural de Campinas. Embora tivesse sido sempre acompanhada na UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE desde criança, em dezembro de 2006 (um ano antes do relato) a equipe se surpreendeu ao receber uma solicitação de avaliação psicológica da saúde mental da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, feita pelo hospital da PUCC. Sandra havia ficado internada no hospital devido a uma tentativa de suicídio (intoxicação por antidepressivo tricíclico - Amitriptilina). Trouxe relatório da internação com diagnóstico citado e permanência de 1 dia em UTI, devido à instabilidade hemodinâmica (taquicardia e hipertensão) e neurológica. Teve boa resposta ao tratamento instituído e boa evolução clínica. Recebeu lavagem gástrica com carvão ativado, alcalinização da urina e manitol venoso. Fez avaliação psiquiátrica e foi encaminhada para a unidade básica de saúde para acompanhamento psicológico. Na consulta individual na “saúde mental” da própria UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ela relatou que “sua casa é um inferno”, que briga com o pai constantemente e que este a chama de vagabunda e “casqueirinha”, e não aprova seu namoro com Paulo (15 anos). Diz que seu namorado é usuário de drogas (cocaína) e que algumas amigas fazem uso de maconha. Relata também que no dia da tentativa de suicídio não agüentava mais o pai a xingando de vagabunda. Não tem vontade de ir à escola e gosta de ficar na rua com os amigos. A mãe tem 43 anos. É cabeleireira e faz tratamento psiquiátrico no mesmo serviço desde o início de 2006 com diagnóstico de depressão. Faz uso regular de fluoxetina, amitriptilina e diazepam. O pai tem 45 anos e ocupação desconhecida. É alcoolista sem tratamento e sem acompanhamento clínico no Centro de Saúde. Fez apenas uma consulta em 2002 com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. De acordo com o relato de Sandra ele é agressivo e briga freqüentemente com a esposa e os filhos. Os irmãos: Carina tem 18 anos e Diogo tem 21 anos. Existe também um relato de 1 irmão entregue para adoção com 2 anos. Na casa de alvenaria, moram 5 pessoas em boas condições estruturais mas com alta desorganização.

Depois da tentativa de suicídio Sandra freqüentou irregularmente as consultas de saúde mental. Em fevereiro de 2007 a mãe queria saber se a filha era virgem. Para isto queria agendar uma consulta com o ginecologista. Em março 2007 em uma consulta de urgência com a pediatria a mãe relata que está muito preocupada com a filha, pois suspeita que esteja fazendo uso de drogas (emagrecendo e rápido). Conversado com a adolescente ela relatou uso de cocaína (há cerca de 03 meses) por várias vezes (cerca de 10). O namorado é usuário de drogas, assim como algumas amigas. Relata que não tem vontade de ir à escola e gosta mesmo é de ficar na rua com os colegas e com o namorado. Gosta também de ir para a “balada”. Nega relacionamento sexual e relata brigas freqüentes com o pai e com a mãe, e falta de apetite (várias horas sem comer). Foi orientada sobre os riscos do uso de droga, inclusive de morte. Relatou que um colega passou mal, com convulsão após cheirar cocaína, acabou melhorando, mas ela levou um susto. A pediatra orientou sobre o risco de doenças infecto contagiosas (AIDS, hepatite, sífilis, etc). Utilizava muita gíria na linguagem, mas a pediatra avaliou que ela era bem articulada e com certo grau de ansiedade. Peso 58,5 kg, com perda de 6,5 kg em 9 meses. Exame físico sem alterações. Foi re-agendada a consulta com saúde mental e discutido o caso em equipe, devido à alta complexidade.

Ainda em março Sandra vai à consulta de saúde mental e relata que sua

mãe expulsou o pai para fora de casa. O pai levou um tiro após mexer com a mulher de um traficante do bairro e acabou se mudando para outro bairro (Florence). Relata estar tendo relacionamento sexual com namorado e fazendo uso de cocaína esporadicamente. Orientações foram dadas e agendada consulta semanal.

Em abril de 2007 o caso foi discutido em reunião da equipe vermelha. Devido ao alto grau de vulnerabilidade e risco, optou-se por contato com CRAISA⁵⁶, para melhor acompanhamento clínico e psicológico da adolescente. No mesmo mês outra reunião com a presença do apoio matricial do CRAISA (psicóloga), foi discutida a gravidade do caso e orientou-se pela marcação de acolhimento familiar no CRAISA e manutenção do atendimento individual para a mãe e a adolescente. Foi feito contato com pai, que não compareceu à consulta. Houve uma certa decepção com o apoio matricial do CRAISA. Ainda no mesmo mês a mãe procurou acolhimento da saúde mental, relatando que não agüentava mais a filha e queria interná-la para desintoxicação (tratamento dependência de drogas). Foi orientada a procurar o conselho tutelar para seguir o caso e reagendada consulta para a adolescente.

É interessante notar como a vontade de uma solução simplificadora e não negociada com a adolescente está presente na mãe, que solicita internações à sua revelia. Obviamente tal movimento encontra eco em muitos profissionais de saúde. Durante a discussão a pediatra avalia que ocorre uma vontade da mãe de transferir a responsabilidade materna para a equipe ou para alguma instituição. Um tema importante que surgiu na discussão do grupo foi a “idealização” familiar como empecilho para as equipes lidarem com a situação. Resumindo esta discussão, se a equipe compara a família de Sandra com uma família ideal estará sempre fracassando e muitas vezes até humilhando involuntariamente a família de Sandra. Mas se a equipe conseguir tomar como parâmetro a própria família, poderá pactuar propostas de atuação mais factíveis e perceber resultados neste processo de compará-la com ela mesma no decorrer do tempo. Novamente, neste caso, aparece o tema da cidadania negada. É impossível não lembrar das contundentes observações de DELEUZE (1997) e outros pensadores sobre a tendência do mundo ocidental de considerar como parâmetro de referência, inclusive das políticas públicas, o “macho, adulto, branco, sempre no comando” (nas palavras de Caetano Veloso). Ou seja, as diferenças seriam sempre consideradas em relação a uma régua de “normalidade” ou de objetivo a ser alcançado. Assim, a pergunta de DELEUZE (Mil Platôs: Vol. 5) se mostra reveladora: as minorias podem estar em maior número? No caso dos adolescentes, das mulheres (em muitas situações), dos negros, dos idosos, dos

⁵⁶ Centro de Referência

índios, dos “loucos”, o “*certo é saber que o certo é certo, o certo é louco tomar eletrochoque*”, continuando com Caetano. Facilmente as instituições começam a operar como uma força disciplinadora e normatizadora. No caso de Sandra esta tendência estava presente também. Em reuniões posteriores, ao rediscutirmos este caso com o apoio da professora Cacau, ela fez uma observação importante para o grupo e para a pediatra. Quem é a família desta adolescente? Houve no decorrer do desenvolvimento das tentativas da equipe uma percepção de que o problema de Sandra era a “má influência dos amigos”, principalmente de uma colega da mesma idade. Era uma percepção baseada em um “senso comum” e na própria opinião da mãe de Sandra. A colega em uso mais acentuado de droga recebera prioridade do CRAISA, embora sem grande repercussão ainda. A professora observou que a rede significativa para Sandra talvez não fosse a mãe. Por que não pensar a possibilidade de um trabalho com as duas amigas, assumindo a importância deste laço afetivo? Porque não tentar reconhecer na adolescente a possibilidade de uma interlocução? Novamente, coloca-se diante de uma situação complexa como esta, o desafio de se lidar consigo ao lidar-se com o outro. O problema em uma situação como esta não é apenas fracassar um PTS, o problema é fracassar utilizando sempre os mesmos enfoques, percepções, vivendo as mesmas dificuldades afetivas com o usuário e na equipe.

Durante a discussão sentimos a necessidade de repactuar um roteiro para a apresentação dos casos. Foram discutidos os seguintes itens:

1. Objeto de Trabalho
2. Objeto de Investimento
3. Anamnese Ampliada
4. Avaliação de risco e vulnerabilidade
5. Avaliação das potências do sujeito e da comunidade
6. As tentativas de PTS
7. Os afetos envolvidos (possíveis transferências)
8. Rede de apoio envolvida
9. Forma de planejamento de ações / problemas gerenciais do caso
10. O quanto que as ações e propostas necessitavam de submissão e medo para “funcionarem”?

Estas propostas de itens que poderiam estar presentes na apresentação dos casos

foram discutidas com relativo entusiasmo pelo grupo. No entanto, assim como não teve um grande impacto no começo do grupo a proposição de um roteiro, também não foi grande o seu impacto naquele momento. A sua não utilização nas apresentações seguintes nos obrigou a desistir parcialmente de insistir diretamente que fosse usado. Continuamos a rotina de colocar para o grupo discutir o caso e depois fazer perguntas. Aceitamos a hipótese de que a apresentação dos casos expressava em grande medida as relações com o paciente e internas à própria equipe e, como tal, uma complexidade e uma tradição que não estavam totalmente ao alcance de roteiros e decisões cognitivas. Havia toda a força da inércia do cotidiano e das relações instituídas com os casos “difíceis”, com outros atores sociais. Havia seguramente um interdito ou vários que impediam alguma experimentação do grupo nesta direção.

Neste mesmo dia Deivisson conduziu uma aula sobre as contribuições das ciências sociais na área de saúde. A intenção era municiar o grupo para lidar de uma forma mais compreensiva com os chamados “determinantes sociais” dos vários casos discutidos. Avaliávamos que havia ocorrido poucas perguntas sobre as possíveis causas de diversas situações “sociais” encontradas nos casos. Nos parecia que havia implicitamente percepções de causalidade social atreladas ao “senso comum”. Embora implícitas estas percepções operavam diretamente nos casos, definiam prioridades, e principalmente, naturalizavam o que não era natural. Evidentemente trata-se de uma oferta que continha uma opção política: acreditar que o contexto social não é dado, mas se constituiu, “veio a ser”, e que assim ocorreu por opções políticas e formas de luta diversas de muitos atores sociais.

No dia 15/06/07 discutiu-se um caso muito emblemático. Assim foi relatado. O título do caso é uma frase dita posteriormente na discussão:

*O prazer da paciente é provocar a equipe
Sara, 47 anos, viúva, G10 P8 A2⁵⁷, seis filhas 5 anos, 10 anos, 18 anos, 20 anos, 24 anos, 27 anos e dois filhos 14 anos e 16 anos (não são todos do mesmo pai). É portadora do HIV, descoberto há mais ou menos dez anos, reside em casa própria (desorganizada e suja) deixada pelo último marido, que faleceu com HIV, pai da filha menor. Há mais ou menos quatro meses tinha um companheiro, também HIV +, que atualmente está internado em uma instituição para portadores do vírus.*

A paciente nunca trabalhou, atualmente tem como renda o auxílio doença e uma cesta básica que recebe do AMDA⁵⁸. Mora com 6 dos 8 filhos, duas são casadas, os dois meninos não freqüentam a escola, são usuários e

⁵⁷ Abreviação que significa que engravidou 10 vezes, destas resultando em 08 partos normais e 02 abortos.

⁵⁸ Antigo Ambulatório Municipal de DST AIDS, atual Centro de Referência em DST AIDS

traficantes de drogas.

Iniciou atendimento no CS DIC VI em 1990, durante todo esse ano apresentou queixa de dor abdominal, passou em doze consultas, a maioria das vezes eventuais, nada foi encontrado.

Em 1991 a queixa foi nervosismo e dor torácica, diagnosticada como típica de somatização, passou em nove consultas eventuais, iniciou uso de diazepam e foi encaminhada ao “Grupo de Psicossomáticos”, apresentou baixa adesão.

Em 1992 persistiu a queixa de nervosismo, fazia acompanhamento com Saúde Mental no CS Vista Alegre.

No CS São Cristóvão iniciou acompanhamento em 2001, sempre em consultas eventuais, com a queixa de nervosismo, houve baixa adesão aos tratamentos propostos.

Apresenta várias dívidas com a casa (IPTU, ÁGUA, LUZ, LIXO) e responsabiliza o CS por solucionar essas dívidas (caso foi discutido com assistente social do distrito), não faz acompanhamento regular no AMDA, já brigou com as duas médicas e diz que não gosta das pessoas de lá. Ela disse que queria passar com a psicóloga no CS, mas não podia ser a mesma que já a tinha atendido antes, porque dela não gostou; nós temos apenas uma psicóloga no CS, uma vez por semana, portanto impossível atender ao pedido dela. Ela entende o fato de não ir ao AMDA como uma ameaça ao CS, sempre diz “Não estou indo no AMDA viu”, “Não estou tomando o coquetel”.

Recentemente os filhos arrumaram um Pitbull e ela queria que o CS fosse tirar o cachorro da casa dela porque os filhos não a obedecem, orientamos que não podíamos e até ligamos na zoonoses que disse que também não pode retirar animais sadios da casa das pessoas, ela ficou umas três semanas indo ao CS perguntando se não íamos resolver o problema dela com o cachorro. Há duas semanas foi em consulta com o clínico e levou o pitbull sem coleira ao CS, foi pedido que ela levasse o cachorro para casa e retornasse e ela voltou dizendo “Tá vendo, eu pedi ajuda, ninguém me ajudou”, se referindo ao cachorro; ficou claro que ela fez propositalmente.

Atualmente continua passando apenas em consultas eventuais, não vai ao AMDA há dois meses, está extremamente emagrecida e encara como seu maior problema, o cachorro.

Durante a discussão do caso a enfermeira ainda relatou que em determinado momento desta história um dos profissionais da unidade, ao receber mais uma negativa da paciente em relação ao uso do coquetel anti-retroviral, “perdeu a paciência” e disse a ela rispidamente: “você sabe que vai morrer?” A intervenção do profissional não surtiu nenhum efeito na opinião da paciente em relação ao tratamento, mas um dos participantes do grupo fez um comentário marcante: “ela deveria ter dito a ele: me diga alguma coisa que eu não sei”. Foi perguntado novamente por que este caso havia sido escolhido. A enfermeira respondeu que Sara tinha um filho de 05 anos e outro de 10

anos... “ela vai morrer e deixar os filhos... a equipe chegou no limite”. “Mas como a equipe tem lidado com este limite?” “a equipe **não fala mais no assunto...** ela chega no acolhimento... o pessoal tenta resolver... pede para o pediatra avaliar o filho... a equipe **se deu este luxo**”. Um membro do grupo perguntou: “Por que ela não gostou da psicóloga?” “Não discutimos isto”. “Fizeram a história de vida dela?” “no prontuário só tem clínica... dizem que ela era promíscua e vivia pelos bares procurando homens”. É interessante observar que haviam sido feitas várias reuniões, anos antes da chegada da enfermeira que apresentou o caso na equipe da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, para fazer PTS's. Em uma delas, em 2002, foram feitas as seguintes propostas:

- Visita domiciliar semanal do ACS e quinzenal com médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, com a finalidade de oferecer apoio na tomada dos medicamentos e também supervisionar a tomada.
- Solicitar o passe de ônibus para a paciente ir até o CRDA para realizar o acompanhamento.
- Fortalecer o vínculo com o CRDA (a equipe manteve contatos telefônicos para acompanhamento da paciente).
- Fazer tratamento supervisionado com os anti-retrovirais (a paciente aceitou apenas que fosse semanalmente, e com frequência saía de casa no dia combinado para a visita).
- Renovar receitas de Diazepan com o pediatra (porque a equipe ficou anos sem clínico geral ou generalista para o acompanhamento da paciente).
- Fazer acompanhamento regular da filha M., o pediatra fornecia amostras grátis das medicações para o tratamento dela (ela continuou levando a criança apenas em consultas eventuais).
- Incentivar rebocar a casa (o marido de Sara pintou a casa).
- Orientações de como pegar alimentos gratuitamente no CEASA (a paciente achou muito difícil, porque era longe).
- Inserir Sara em cursos (ela nunca foi, dizia que estava fraca).
- Fazer visita no CRDA para fortalecer o vínculo com aquele serviço e saber como está a adesão ao tratamento, ao acompanhamento com psicóloga, assistente social e outros (a equipe não realizou essa visita).
- Continuar orientando o marido T. sobre a importância de colher o BK, foi orientado que durante o horário de funcionamento da unidade, poderia colher a qualquer momento e levar até lá ou solicitar que o ACS buscasse (ele não colheu).

O filho, que apresentou baciloscopia⁵⁹ positiva, foi tratado com sucesso de Tuberculose, mas o marido não, vindo a falecer posteriormente. As propostas de

⁵⁹ Um método utilizado para diagnóstico de tuberculose

“orientação” parecem ter fracassado quase todas. Talvez seja pertinente dizer que esta UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE apresentava, desde antes da chegada da enfermeira que apresentou o caso, uma história especial com o tema do PTS. O primeiro PTS feito pela UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE durante o processo de apresentação da ferramenta no curso de formação da SMS⁶⁰ foi dedicado para uma família com diversos problemas graves. A família morava em um barraco precário na beira de um riacho sujeito a inundações freqüentes, risco de desabamento e presença de ratos. Na casa moravam o pai e a mãe já sexagenários e 04 filhos além de netos. Uma das filhas tinha diabetes tipo I e necessitava de transplante renal. Outro filho tinha um retardo mental leve, a filha tinha dois filhos com o marido HIV +. Como este era o primeiro PTS a UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE se mobilizou, ativou redes intersetoriais, vereadores e, para viabilizar condições para o transplante, conseguiu UMA CASA para a família. A casa era de alvenaria, em outro bairro. Bem maior e confortável. Acontece que ao chegarem com a boa nova para a família ouviram dela que não mudariam dali. As razões da matriarca, descobriu-se depois, pareciam plausíveis: moravam ali há 20 anos, conheciam todos e por todos eram conhecidos. Ela não se arriscaria a levar o filho com retardo mental para um bairro novo, expondo-o ao risco de agressões e violências. A equipe lidou muito mal com esta recusa. Ainda mais porque a filha com diabetes acabou morrendo. Então a sensação de frustração e de que os usuários são “mal agradecidos” não era exatamente uma novidade naquela UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Nem tampouco trata-se de uma situação rara no SUS. Certamente que o **reconhecimento social** e a **percepção dos resultados do trabalho** em saúde são ingredientes importantes na satisfação do trabalhador e mesmo na construção da legitimidade social de qualquer organização de saúde. No entanto, para além dos sempre (em maior ou menor grau) duvidosos resultados posteriores à ação de saúde existem os **resultados imediatos**. Dentre os resultados imediatos, um deles é a própria qualidade da relação entre os profissionais e usuários. Não se trata de moralizar os afetos, nem de propor uma postura submissa do profissional, como o próprio caso anterior demonstra ser inútil e até mesmo impossível. Mas trata-se antes de possibilitar algum diagnóstico das produções instantâneas, para ambos os lados, da relação clínica: o quanto de medo, o quanto de desejo de dominação (de ambos os lados)? O quanto de afetos atravessados por preconceitos e regras inadequadas de instituições? O quanto da presença de um modo religioso (caridoso) de lidar com “cuidado”, com a dor e o

⁶⁰ Secretaria Municipal de Saúde

sofrimento? Estas foram questões que, embora repetidas, difíceis de serem apreendidas imediatamente, principalmente no calor da “luta”, dominaram durante a discussão deste caso. Olhando retrospectivamente talvez não tenha sido dito o suficiente e/ou da forma ou no momento adequado, por nós coordenadores, o nosso posicionamento frente a estes casos, em que as equipes atuam sobre o modo de vida dos pacientes, quase sem compartilhar avaliações e decisões com os interessados: sim, sem o interesse, sem a vontade do paciente, ou principalmente quando declaradamente ele se recusa ao tratamento, não é possível nem desejável que ele ocorra de forma impositiva. Mesmo quando ele verbaliza alguma vontade de pactuar um projeto terapêutico, nada garante que não ocorrerá um fracasso. **“Respeitar sem desistir, insistir sem atropelar”** seria o frágil objetivo frente a estes casos. Uma linha tênue de árduo caminhar, que supõe uma espera ativa e sensível (algo como a espera de um pescador). Uma espera que consiga perceber que os sujeitos muito mais “estão” do que “são”, e que não deixa de apostar na possibilidade do “novo”, mesmo quando a tendência de cristalização das relações terapêuticas indiquem o contrário. Uma espera que também consiga se desvencilhar do ressentimento pela incongruência com um objetivo ideal, mas que consiga aproveitar os sabores dos grandes desafios. Apesar de defendermos mais ou menos explicitamente esta posição, muitas vezes não conseguimos sair de uma situação em que os participantes tentavam provar que tinham feito todo o possível e tudo do modo certo e, assim, nesta posição defensiva, não se autorizavam a analisar realmente as relações que se estabeleciam. São momentos, para nós, em que também valem os princípios da clínica, da espera sensível e atenta. E em que o medo do fracasso não deveria precipitar atitudes que reforçassem o padrão de resistência do grupo. Podemos nos lembrar de BALINT recomendando que era preferível acompanhar o erro em vez de contestá-lo, para evitar reações defensivas e permitir, no decorrer dos trabalhos, que os participantes pudessem se sentir **“livres para serem eles mesmos e tivessem coragem da própria estupidez”**.

Neste dia o Prof. Gastão fez uma intervenção que surtiu efeito no encontro seguinte. Ele observou que o grupo estava escolhendo sempre casos extremamente difíceis.

No encontro seguinte uma enfermeira relatou a seguinte história:

Usuário acamado, tetraplégico, (decorrente de acidente automobilístico no percurso de ida para o trabalho há 16 anos).

Apresenta-se com lesão de coluna cervical, bexiga neurogênica, edemas de MMISS+/4+; já foi acometido de várias infecções (celulite e infecções

do trato urinário) por causa da falta de mobilidade.

Quando ela começou o relato todos no grupo imaginaram que, agora sim, estávamos diante de uma situação insolúvel. No entanto, tratava-se uma história extremamente bem sucedida. A equipe viveu inicialmente momentos muito difíceis. Apesar de tetraplégico o paciente demandava, por todos os meios e de todas as formas, ações da equipe. Reclamava de tudo que considerava ruim por todos os meios que pudesse encontrar. A equipe foi ao seu limite. E no limite que resolveu fazer um PTS. Estudaram a situação, planejaram e, principalmente, negociaram e explicaram para o paciente as propostas, possibilidades e executores. No decorrer do tempo o diálogo se estreitou e o paciente conquistou cada vez mais autonomia. A equipe também o ajudou em trâmites burocráticos e jurídicos que melhoraram sua situação financeira. O paciente foi informado sobre a apresentação do seu caso no GBP e ficou contente, tendo pedido à enfermeira que desse retorno a ele sobre a discussão.

O debate que se estabeleceu no grupo, a partir deste caso, procurou responder a seguinte questão colocada pela própria enfermeira no decorrer da discussão: **porque mesmo diante de casos exitosos, a equipe não se animava a fazer outros PTS's** para outros pacientes. Uma das respostas interessantes que apareceram é que, dada uma tradição de prática clínica unilateral, quando uma situação complexa é abordada utilizando o PTS, justamente buscando o protagonismo do usuário, o sucesso da empreitada (quando o usuário reinventa sua vida apesar dos limites impostos pela doença) produz na equipe uma sensação de que “aquele caso deu certo porque é um sujeito 'muito' especial”. A equipe acaba não se reconhecendo em um trabalho que apostou na autonomia do usuário e na rede social, justamente porque ele deu certo. Ou seja, não bastaria o sucesso terapêutico, mas seria necessário um sucesso claramente vinculado aos profissionais e seus instrumentos tradicionais. Este fato é muito correlato ao tema do parto ativo, em que as mulheres são protagonistas do seu parto, escolhendo as posições adequadas a cada momento, movimentando-se, escolhendo procedimentos diversos, como analgesia, movimentação, banhos, etc. Esta proposta, embora tenha amplo apoio na literatura científica e seja extremamente bem avaliada pelas mulheres que a praticam, provoca não somente um incômodo nos médicos obstetras brasileiros, mas freqüentemente um ódio explícito que os leva, não somente a um desinvestimento,

mas a atitudes extremamente agressivas contra a própria parturiente⁶¹.

Outro possível aprendizado que este caso inaugurou, diz respeito ao fato de que relatos positivos, mesmo trazidos por pares do grupo, produzem alguma descrença, como se fosse a apresentação de uma hipótese teórica. Os participantes do grupo perguntam exaustivamente ao narrador do caso como é possível algo assim (positivo) ter acontecido. Depois concluem que aquele exemplo só é possível naquele contexto. Este movimento se repetiu algumas vezes. Não foi possível apontar esta tendência diretamente para o grupo, embora talvez isto tenha sido feito indiretamente. O fato é que algumas situações de equipes parecem a de um pesadelo da qual elas não conseguem acordar, mesmo quando são confrontadas com o fato de que parte da realidade em que vivem não é inelutável nem obrigatória.

Voltando ao caso do paciente tetraplégico, outro aspecto que pode ter contribuído para uma “frustração no sucesso” é a “vontade de ideal”, ou seja, quando se atribui o papel de fazer o sujeito voltar a andar, nada do que se faz é satisfatório. Esta equipe, no entanto, com as contribuições do grupo através da enfermeira que apresentou o caso, conseguiu aparentemente aprender a se desviar destas armadilhas e, até mesmo, influenciar as outras equipes da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

A partir deste encontro o grupo ficou duas semanas de “férias”. No encontro seguinte propusemos uma revisão dos casos apresentados. Houve certa resistência de retomar o debate dos casos. Houve também muitas faltas e o clima de discussão estava “frio”. Uma posição defensiva parecia proteger o grupo de uma volta à discussão das dificuldades com os casos. Depois de discutir sobre a evolução de três casos já relatados, o debate girou em torno do trabalho em equipe e da necessidade de aulas mais “práticas”, como epidemiologia, territorialização, entre outros temas. Muitos dos temas já estavam agendados. No entanto, o próximo encontro agendado seria com o filósofo Luiz Fuganti. O filósofo filiado a uma agremiação chamada “escola nômade de filosofia⁶²” rompe com a chamada filosofia escolástica. Isto não significa em absoluto algum tipo de simplificação

⁶¹ Tal fato é evidente no debate público entre médicos e movimento de mulheres pelo parto ativo, mas também pude verificar in loco por duas oportunidades no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da UNICAMP – CAISM: quando estudante de medicina e quando acompanhante de minha esposa do grupo de parto de cócoras do mesmo hospital. Nesta última oportunidade ouvi inúmeros relatos de partos e as respectivas tiranias de internos, médicos contratados e professores com as parturientes que tentavam um parto de cócoras. Os afetos violentos que as mulheres mobilizam nos profissionais não podem ser explicados somente por “interesses” corporativos.

⁶² <http://www.escolanomade.org/>

pasteurizada, mas muito mais uma vontade de se colocar num lugar “desprotegido”, em diálogo com as pessoas que vivem a vida com seus pressupostos filosóficos muitas vezes inconscientes. O motivo deste convite era por que avaliávamos que o grupo estava com alguma tendência de se colocar em uma posição passiva. Segundo uma interpretação freqüentemente presente nas discussões, todas as causas dos problemas e também todas as transformações pareciam depender somente de forças externas. Nos poderes instituídos estavam, ao mesmo tempo, todo o poder e toda a impossibilidade de mudança. A demanda para o filósofo era trazer contribuições da filosofia de Nietzsche e Espinosa que permitisse produzir alguma tensão com esta posição do grupo. Em que pontos estes filósofos apontam para a co-produção? Com que instrumentos convidam a uma busca da potência? As, assim chamadas pelo filósofo de “ilusões de consciência” e a teoria dos afetos em Espinosa, eram exemplos de conceitos em que apostávamos. O resultado foi fortemente impactante para uma parte do grupo. Talvez assustadora para outra parte, que se manifestou pouco sobre a aula e para quem a aula tenha talvez entrado como “mais uma” teoria. Melhor avaliação deste momento foi dada na avaliação final do grupo.

No encontro seguinte retomamos casos novos, desta vez sobre problemas gerenciais. O primeiro caso foi sobre a implantação de acolhimento “por equipe” em uma Unidade em que havia três equipes. O relato foi feito por duas enfermeiras que viveram a implantação da proposta. Para compreender melhor o impacto da apresentação é preciso que se diga que, em boa parte das equipes de Campinas, não se procedeu à adscrição de clientela⁶³. Apesar da contratação de ACS, apesar das declarações do gestor, apesar de passados oito anos da criação do Projeto Paidéia que previa esta adscrição, a maioria das UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE manteve-se na lógica dos antigos postos de saúde. As enfermeiras relataram então a história de uma Unidade em que esta adscrição ocorreu. Fez-se uma aposta no vínculo e na definição de responsabilidade por equipe, efetuando uma divisão da população da Unidade em três equipes. Desta forma, cada equipe atenderia os seus pacientes, inclusive na demanda espontânea. Assim como outras unidades da cidade, esta apresentava um déficit crônico de ACS's, com uma sobrecarga de famílias para cada um deles, o que dificultava muito o cadastramento de todas as famílias. A unidade resolveu então não esperar o dia em que todas as famílias estivessem cadastradas para efetuar a divisão da população por equipe: efetuou uma divisão por ruas. Dividiram os prontuários por ruas, dividiram as salas de toda a unidade e

⁶³ Vinculação de um conjunto de famílias a uma mesma equipe.

fizeram três arquivos diferentes, um para casa área. Antes disto fizeram um processo de discussão interna e externa (no conselho local de saúde) que contou até mesmo com visitas a outras unidades (algumas poucas na cidade) que trabalhavam da mesma forma.

“Antes era uma recepção central. Os usuários chegavam com as queixas e tinham que falar o seu problema na fila. Isto incomodava. Tinha filas ao redor do CS desde a madrugada. Os auxiliares de enfermagem tinham função fixa e eram desmotivados. Muitos estavam doentes, afastados dos serviços ou com restrições para trabalhar. Havia muita insatisfação principalmente na recepção. No entanto, os principais obstáculos para a mudança eram na enfermagem. Diziam que ia aumentar a demanda, que só eles iam trabalhar. Depois das visitas em outras unidades eles foram mudando de idéia. O resultado foi um melhor vínculo entre a enfermagem e os usuários, melhor responsabilização e melhor definição de papéis para os auxiliares. O acolhimento passou a ser com porta fechada, individualizado, com prontuário para registrar o que acontece. A satisfação dos auxiliares aumentou muito. A auxiliar que ficava só na recepção teve que reaprender a ser auxiliar. Na parte da enfermagem a mudança foi ótima. A dificuldade é principalmente com a recusa de consultas por parte dos médicos, principalmente quando a coordenadora da unidade está de férias. Um dos grandes facilitadores do processo é que a coordenadora não chegou com uma idéia fechada, então todos puderam dar idéias. Inclusive o processo foi muito discutido com o conselho local. A fila se diluiu porque o acolhimento ocorre o dia todo e não um dia só. O auxiliar atende o paciente, se precisar vai para a sala de curativo fazer curativo, entra outro no seu lugar... só a vacina e a esterilização que ficaram matriciais. Cada equipe se responsabiliza pela organização de uma sala: ECG⁶⁴, curativo, inalação... pela organização não pelo atendimento. No começo os auxiliares ficavam muito inseguros, principalmente de falar não. Chamavam bastante as enfermeiras... também houve muitos momentos de negociação para uma equipe cobrir a outra quando necessário.

A principal conclusão desta tarde foi quanto à importância da inscrição de clientela e da construção de processos gerenciais compartilhados, em que o gerente não deixa de ter um papel privilegiado, mas consegue construir um processo de mudança que não é só dele, mas de todo o grupo. Mesmo assim, como foi dito anteriormente, o relato de “um caso feliz” ainda soava para o grupo como algo impossível.

Neste dia, no plano teórico, o Prof. Gastão aproveitou o relato de experiência para discutir a gestão e os poderes. O conteúdo reforçava a idéia de que todos têm algum poder de ação na instituição e a possibilidade de usá-lo. Abordou também a necessidade dos atores de uma organização reconhecerem que sempre estão em jogo poderes, afetos e saberes. No entanto, neste momento, Deivisson e eu percebemos que o grupo não topou a discussão. A hipótese que nos ocorreu, fundada em pequenas falas dos

⁶⁴ Eletrocardiograma

participantes, é que parecia pesar sobre o prof. Gastão uma “transferência especial”, pelo fato de ele ter ocupado o cargo de secretário de saúde durante a criação do Projeto Paidéia na cidade. Parecia ser difícil para o grupo falar de poderes e de gestão com alguém que o grupo considerava muito poderoso. Estas percepções dos coordenadores, embora estivessem presentes, não foram explicitadas abertamente para o grupo, o que talvez tenha sido um equívoco. Pensando retrospectivamente, a relação pessoal minha e de Deivisson com o prof. Gastão pode ter contribuído, tanto para a reação do grupo, quanto também para não ter sido colocado em discussão a hipótese de atravessamento do ex-secretário de saúde na aula do prof. Gastão. É interessante destacar que, em uma experiência com outro GBP, foi importante na dinâmica do grupo uma crítica do prof. Gastão ao processo de implantação do acolhimento na rede básica, durante a sua gestão na secretaria municipal. Esta posição permitiu a vários membros do grupo se colocarem mais criticamente.

Foi em função destas reflexões que posteriormente nos convencemos que deveríamos ter tentado “explodir” o grupo trazendo, eventualmente, os gestores reais para a roda, com o objetivo de debater as situações concretas e minimizar as fantasias, possibilitando contratos e compromissos com o gestor.

No encontro seguinte re-discutimos um caso de equipe de saúde mental na UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Na reapresentação, porém, o tema da discussão foi o processo de demissão de um psicólogo que não se adequou aos contratos e necessidades das equipes e dos outros profissionais de saúde mental. Vários participantes do grupo faziam parte daquela unidade e puderam se manifestar sobre o caso, que também se estendeu para a discussão do papel do apoiador nas UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE.

No encontro seguinte foi relatado o caso de uma Unidade de Saúde, sem clientela adscrita, com falta crônica de médicos e com uma demanda enorme de crianças da região, encaminhadas das escolas para o psicólogo da unidade.

“geralmente eram bilhetes da escola para passar no psicólogo. Quando a unidade passou a ter 12hs semanais de psicólogo a demanda aumentou muito. Então a equipe de saúde da criança fez uma reunião para pensar o que fazer... definiram visitas na escola para explicar o que era o distúrbio de aprendizagem e apresentar um mínimo de conteúdo que esperavam que houvesse num encaminhamento. Quando chegou a reunião eles foram bombardeados pelos professores. A equipe ouviu muito. Mais ouviu do que falou. Os professores tinham mais de 100 crianças para

encaminhar. A equipe acabou definindo depois da reunião um percurso para as crianças encaminhadas que dificultava o acesso: tinham que passar primeiro com o pediatra. Os pediatras ficaram alucinados com as queixas familiares das crianças. Então equipe decidiu fazer um grupo de crianças e um grupo de orientação para os pais. As crianças ficariam em um grupo e os pais em outro. O objetivo do grupo das crianças era brincar com elas. Um primeiro impasse era que algumas crianças vinham sem os pais. A equipe acabou decidindo acolhe-las mesmo assim. No decorrer dos trabalhos percebeu-se que o grupo das crianças produzia demais: ela faziam muitas atividades e brincadeiras e os profissionais estavam cada vez mais encantados com a atividade. Neste grupo não se fazia diagnóstico, e isto parecia deixar os trabalhadores que coordenavam mais a vontade. A gestão buscou legitimar o trabalho do grupo. Havia quase uma disputa entre os trabalhadores para fazer o grupo com as crianças. Em compensação o grupo com as mães não entusiasmava tanto. Os problemas principais que traziam as crianças ali eram a violência doméstica, alcoolismo dos pais, “falta de limite” por parte dos pais às crianças. O grupo buscava dar um suporte para estas crianças e para as mães.

O motivo de ter trazido este caso, segundo a apresentadora, era colocar sob análise esta experiência, que parecia muito interessante, ao mesmo tempo que inspirava algumas dúvidas. O grupo quis algumas respostas que realmente não puderam ser dadas: a escola acumulou alguma competência para lidar com as crianças? Qual era o impacto do trabalho de grupo para as crianças? E para as mães? Havia obviamente um risco da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE alimentar um fluxo de encaminhamentos da escola que talvez pudessem ser evitados. As atividades do grupo das crianças estavam mais próximas da educação do que da saúde, principalmente de um tipo de educação chamada “não formal”⁶⁵. Alguns membros do grupo lembraram que talvez os recursos da Terapia Comunitária pudessem ser úteis naquele contexto. Um fato que foi observado pelos coordenadores foi a ousadia dos trabalhadores de experimentar aprender sobre uma atividade que não estava no seu núcleo. Assumir a ignorância sobre um tema, sem desistir de aprender sobre ele, sem transferir a responsabilidade para algum com suposto saber (e conseqüente obrigação de sucesso) muitas vezes possibilita uma busca de conhecimento, um aprendizado e, principalmente, uma situação afetiva que não supõe a onipotência e o sucesso absoluto, inimigos crônicos da satisfação dos trabalhadores na atenção básica. Esta talvez seja uma característica das equipes de saúde mais felizes: um enamoramento da ignorância, um reconhecimento do não saber desprovido de culpa e atrelado ao prazer da descoberta e da invenção. Talvez este seja um fator que contribui

⁶⁵ GARCIA. 2001: *A educação não-formal no âmbito do poder: avanços e limites*.

para o sucesso de equipes de saúde ou profissionais em situações muito desfavoráveis, das quais, num primeiro olhar se esperaria um fracasso⁶⁶: não pressionada pela existência de uma certeza protocolada e carimbada a qual teria que executar (com pleno sucesso), ela se sente livre para aprender e fazer o possível.

Voltando ao caso da crianças com dificuldade escolar, foi ponderado no grupo a hipótese de que a atividade podia também estar reforçando a dificuldade da escola de adquirir competência para lidar com problemas prevalentes entre suas crianças.

A enfermeira responsável pela apresentação não deu seguimento à investigação do problema, para dentro do grupo, preferindo mais tarde abordar o problema das mulheres vítimas de violência, para a qual a unidade oferecia um grupo de conversa, que ela coordenava.

A aula teórica neste dia foi do Prof. Carlos Gama Pinto sobre a programação e a gestão em saúde na atenção básica. O autor demonstrou uma planilha em que aplicava às cargas horárias dos profissionais médicos e enfermeiros as recomendações programáticas mais elementares (coleta de C.O⁶⁷., consultas para hipertensão e diabetes, etc). O resultado desta análise era que a carga horária não fechava... ou seja, se as equipes tentassem fazer todas as consultas, médicas e de enfermagem, somente para seguir o protocolo de Hipertensão arterial, já teriam que atender mais de cem pessoas por dia, para uma população de 4000 pessoas. Somando todos os protocolos propostos para as equipes executarem, a situação adquirir um tom hilário. A revelação deste fato, de que não haveria tempo possível para a equipe de saúde da família realizar tudo o que foi previsto pelos programas, causou imensa surpresa no grupo. Causou estranheza descobrir que os gestores (freqüentemente em tão alta conta no quesito saber técnico) não tinham pensado em tal coisa. O desafio proposto pelo professor era que as equipes percebessem o fato e negociassem para definir prioridades possíveis, a partir do tempo real de que dispunham e de objetivos claramente definidos e pactuados. Uma das participantes fez o seguinte comentário: *“a gente faz muita coisa, mas sem pensar, sem analisar dados.. .Atende sempre os mesmos pacientes: tem gente que colhe papanicolau duas vezes por ano e tem gente que faz consulta para HAS duas vezes por semana...”*

⁶⁶ Dráuzio Varella no presídio Carandiru, algumas equipes na atenção básica em situação de extrema miséria e violência, alguns serviços de saúde que cuidavam dos pacientes com AIDS, no início da epidemia, etc.

⁶⁷ Citologia Oncótica do colo uterino ou Papanicolau.

“incrível que tenha tanto programa e na verdade não tenha programação nenhuma, planejamento algum”. Um aspecto importante desta aula foi mais uma vez a percepção da necessidade de adscrever a clientela para que se possa planejar realisticamente e avaliar resultados. É inevitável anotar também que este proceder gerencial produz claramente um tipo de afeto, um tipo de paixão, como diria Espinosa, triste. Institui-se uma sensação de falta e incompetência entre os trabalhadores, quando na verdade o que se lhes propõe que façam é impossível (além de, em grande medida, inútil e iatrogênico⁶⁸). Alguma coisa como um trabalhador do cacau na Bahia de Jorge Amado: sempre devendo.

A discussão da segunda metade do encontro neste dia se deu em torno dos questionários de avaliação propostos pelo professor Carlos Gama Pinto (PINTO: 2008). O objetivo do questionário era possibilitar às equipes responder coletivamente a algumas perguntas sobre objetivos, objeto de trabalho, objetos de investimento, meios utilizados, resultados obtidos e mecanismos gerenciais e de participação popular. O questionário continha ainda perguntas sobre as possíveis atividades e papéis de cada membro da equipe. O principal problema encontrado pelas equipes para aplicarem esta avaliação compartilhada em seus serviços foi tempo para responder as questões durante as reuniões. No entanto, aquelas que se esforçaram para isto conseguiram disparar debates interessantes, aumentando o grau de compreensão sobre suas atividades e objetivos.

No encontro seguinte os participantes do grupo foram convidados a assistir, na UNICAMP, um evento de saúde mental sobre uma proposta canadense de *grupos para orientação de auto-medicação*. A proposta foi apresentada pela professora canadense Lourdes Del Barrio e foi proposto ao grupo que fizesse perguntas para serem discutidas no encontro seguinte. O objetivo desta atividade era aprofundar o debate sobre o tema da autonomia dos usuários, sobre a clínica compartilhada e as tecnologias disponíveis para isso. Uma dificuldade desta busca de autonomia é que nem sempre os profissionais lidam bem com usuários bem informados e que podem, então, tomar decisões com maior autonomia. No encontro seguinte, a partir das perguntas apresentadas via internet, a conversa derivou para o tema do papel da enfermagem na atenção básica e o conflito enfermeiros x médicos. Ficou decidido então que no encontro seguinte se faria uma conversa específica sobre o trabalho da enfermagem.

⁶⁸ Pedir para uma pessoa que tem um diagnóstico de doença crônica, voltar no serviço com uma certa frequência, sem uma análise singular, é em si mesmo, um problema. Na imensa maioria dos casos vai se produzir desperdício de tempo, desmoralização do serviços e adoecimento (medicalização).

O debate em torno do trabalho da enfermagem começou com um participante declarando os incômodos que a relação com os médicos da Unidade provocavam. O detalhe era que se tratava de uma Unidade com equipe bastante desagregada:

“é muito ruim quando o médico menospreza o conhecimento alheio. Também quando imagina que o enfermeiro seja um copiador de receitas e atestados para o médico assinar. É muito ruim quando a responsabilidade sobre toda a manipulação de dados e informações na unidade caem somente sobre o enfermeiro.”

A partir desta provocação inicial, o que ficou claro é que este clima conflituoso era bem menos acentuado nas unidades onde havia equipes bem definidas e menores, e ainda onde havia adscrição de clientela com espaços instituídos de co-gestão. Um aspecto importante destacado pelo grupo era de que havia uma distinção de tratamento em muitas Unidades entre enfermeiros concursados e enfermeiros contratados temporariamente. Este tema gerencial não pode ser aprofundado.

No plano das ofertas teóricas optou-se por fazer uma discussão mais geral sobre o SUS e políticas públicas do meio para o fim dos encontros. Supunha-se que a maior parte dos profissionais já tinham feito algum contato com os princípios do SUS. Quando os coordenadores consideraram que este tema tinha aparecido um número razoável de vezes, fizeram a oferta teórica sobre o SUS. Buscaram valorizar a dimensão política e o caráter de conquista social de movimentos organizados. Apontar para estas forças instituintes buscava confrontar uma percepção dos trabalhadores do SUS, que muitas vezes vêem esta política pública como um fardo burocrático, como um “carma” disfuncional do qual são todos vítimas. No decorrer do debate sobre o SUS introduziu-se o tema dos Direitos dos Usuários e uma frase de um dos participantes foi bastante significativa

“a cartilha de direito dos usuários nós escondemos o quanto podemos dos usuários... já temos trabalho demais e vem o Ministério da Saúde aumentar nossa dor de cabeça”

O que se perguntou ao grupo foram os motivos de não se respeitar os direitos dos usuários. A resposta foi que a maior parte dos direitos dependia de questões estruturais, como por exemplo presença do profissional médico (geralmente rarefeito nas periferias), e uma proporção de clientela por equipe adequada. O que se perguntou em seguida foi se eles concordavam com a demanda dos usuários ou não? A resposta foi que sim,

concordavam. Então porque não compartilhar as dificuldades e buscar ativar movimentos políticos de lutas reivindicatórias? Aqui apareceu uma situação afetiva muito curiosa e muito freqüente: os profissionais assumem de alguma forma o lugar de “capatazes” do Estado. Por mais que também se encontrem vitimados pela falta de estrutura crônica, identificam-se com a instituição (o “patrão”) quando na relação com os usuários, e acabam reforçando uma lógica de sufocamento das demandas sociais. É claro também que existe um movimento da máquina administrativa que premia os gestores e profissionais que não produzem ruídos, que não permitem que reclamações apareçam. Embora existam limites óbvios para qualquer máquina administrativa, por mais que se entregue ao desejo de implantar o SUS, estes limites podem sempre ser tomados como desafios, ou como fatos inerentes ao SUS. Parece existir uma forte visão do SUS como “caridade” e não como direito conquistado e a conquistar. Subestima-se os usuários, tomando-os por incapazes de compreender e lutar por seus direitos de uma forma construtiva. Talvez este seja um dos grandes desafios do SUS na atualidade. Com tantos investimentos ainda necessários, com tantos temas polêmicos que precisam ser debatidos na sociedade, como fazer isto, se a máquina do Estado herda da nossa história de colonização “casa grande e senzala”, um objetivo quase explícito de perpetuar a submissão e a “gratidão” aos senhores ? Aqui pudemos retomar brevemente a discussão da reprodução dos afetos passivos e das paixões tristes, nos termos de Espinosa, como elementos de reprodução da dominação como aponta DELEUZE (1978)⁶⁹.

De fato não é tarefa simples: lidar com os grupos comunitários de forma a politizar as questões, reconhecer as tensões sociais diversas, mobilizá-los, porém, sem reproduzir ou ampliar o ressentimento, no sentido que NIETZSCHE⁷⁰ dá ao termo. É possível que uma das grandes dificuldades seja adquirir o hábito de enxergar as potências, procurar a vida pulsando e conseguir sintonizar-se com elas. Não é, de forma alguma, tarefa simples nem desprovida de riscos. No grupo de discussão pudemos exemplificar possibilidades com o Movimento de Luta contra a AIDS e a Luta Anti-manicomial. Movimentos que buscaram dialogar com a potência dos grupos vulneráveis ou doentes, e fizeram destes grupos

⁶⁹ Isto permitirá que Spinoza, por exemplo, realize uma abertura em direção a um problema moral e político muito fundamental, que será a sua própria maneira de estabelecer um problema político: como acontece que as pessoas que têm o poder, não importa em que domínio, tenham necessidade de afetar-nos de uma maneira triste? As paixões tristes como necessárias: inspirar paixões tristes é necessário ao exercício do poder. DELEUZE, G. 1978

⁷⁰ : “Em Nietzsche, o ressentimento é a doença gerada sob a hegemonia da moral cristã, agravada na modernidade pela domesticação dos cidadãos, sob jugo e proteção do Estado” (...) “o ressentido, escreve, Nietzsche, sofre de uma memória reiterada, de um impedimento de esquecer. O que ele não pode esquecer? O agravo. Por isto não pode entregar-se ao fluxo da vida presente. (...)” (KEHL, M.R. 2005).

aliados, principais, em vez de rebanho a “ser salvo”.

Esta questão, qual seja, a forma como se enxerga o usuário e as políticas públicas, derivou, em algum momento, nos Fóruns de Discussão do TELEDUC para uma discussão de caso clínico. Uma das participantes do grupo falou que percebia que muitas crianças eram felizes mesmo em condições muito diferentes daquelas que estamos acostumados a achar ideal ou daquelas que gostaríamos que fossem acessíveis a maioria da população, a partir da nossa vivência de classe social ou sanitária. E que esta percepção muitas vezes trazia um incômodo, uma “culpa”, como se ela estivesse concordando com a “miséria”, ou então reforçando uma visão religiosa de sacralização da miséria ou do sofrimento. Armadilhas do cotidiano... as contribuições da filosofia de Espinosa e de Nietzsche através das aulas de Luis Fuganti e Ricardo Rodrigues Teixeira, contribuíram na luta com estas armadilhas.

Outra oferta dos coordenadores foi propor ao grupo, em um encontro posterior, a discussão de trechos do filme “O Povo Brasileiro⁷¹”, sobre a obra homônima de Darcy Ribeiro. A obra, assim como o filme, sintonizam-se com uma visão antropofágica da história e do povo brasileiro. O autor reconhece a trajetória infinta de massacres e sofrimentos dos povos que constituíram o “povo brasileiro”, mas destaca sobretudo a potência de um modo de existir “alegre” e não ressentido, apesar disto tudo. Ao abrir a série de programas Darcy Ribeiro faz um convite: *“Não se esqueçam... a coisa mais importante, a coisa mais importante que nós temos pra fazer é inventar o Brasil que nós queremos”*. A obra do autor, traduzida assim em programas curtos, contrapõe-se a uma visão da classe dominante, herdeira de colonizadores, para a qual o povo brasileiro é sobretudo uma “falta”. A falta da cultura colonizadora (portuguesa, francesa ou norte-americana), a falta de um corpo branco, a falta de uma religião branca, a falta de métodos e soluções destes povos colonizadores. Finalmente ela propõe que se veja por outro ângulo: nem um povo cordial e dócil, nem um povo cruel e primitivo, mas um povo que em meio ao seu processo de construção é capaz também de uma síntese disso tudo, de uma antropofagia rara e criadora. A pergunta que os coordenadores buscaram levar ao grupo foi se era possível traduzir esta visão numa clínica, principalmente no coletivo? Se uma visão “branca” e dominante influenciava a nossa clínica?

No encontro seguinte tivemos um momento muito importante. A oportunidade de

⁷¹ uma produção da “TV Cultura” – televisão pública do Estado de São Paulo.

narrá-lo me obriga a fazer um pequeno parêntese metodológico. Algumas das ofertas teóricas feitas no TELDUC ou na forma de pequenos textos entregues no início das conversas, nem sequer entraram no “diário de campo”. Foram entrevistas, artigos de jornal, e pequenos textos. Eram ofertas que ocorriam em função quase na continuidade das conversas do grupo, ou como pequeno contra-ponto. No plano das ofertas teóricas, configuram um “rodapé”. Um dos textos⁷² foi um pequeno trecho do livro “*hospital: dor e morte como ofício*”, da Prof. Ana Pitta, em que ela cita um estudo em que se formula uma pequena tipologia para as estratégias defensivas dos trabalhadores de saúde, diante do desgaste e do sofrimento:

"Tal fato nos fez lembrar o trabalho de Libouban (1985) que, ao analisar a cargas psíquicas num ambiente hospitalar, identificou cinco tipos de estratégias defensivas utilizadas pelo pessoal do hospital para proteger-se da sobrecarga emocional e afetiva face ao contato com a dor e o sofrimento:

- 1- coesão interna entre a equipe baseada na ajuda mútua.
- 2- hiperatividade verbal ou cinética de modo a afastar a angústia.
- 3- absenteísmo como expressão da falência de defesas competentes para o enfrentamento de dificuldades.
- 4- verbalização de questões não vinculadas ao trabalho - os chistes e as anedotas como válvula de escape da tensão e
- 5- Agressividade reativa contra o paciente através de zombarias, colocações cínicas e ridicularizações como fumaça encobridora de sentimentos de culpa desencadeados pela exibição do sofrimento do outro, evitando que se coloquem numa posição de fragilidade, passividade e sensibilidade.

(PITTA, A 1989 p 155/156)

O texto acima foi oferecido em algum momento para o grupo, com a intenção de provocar um contra-ponto com a perspectiva gerencial mais objetivista, para a qual não estão em pauta aspectos subjetivos, menos ainda inconscientes. Bem, este pequeno parêntese serve para iniciar o relato do próximo dia porque, alguns meses antes deste dia, um dos participantes gostou deste pequeno texto e pregou na parede do seu serviço uma cópia do mesmo. O participante relatou ao grupo que o procedimento provocara a ira

⁷² No Anexo 5 um pequeno texto analisando criticamente o preconceito linguístico, de Marcos Bagno, no livro “12 faces do preconceito”, teve um impacto interessante no grupo. Muitos participantes se revelaram surpresos em perceber o preconceito de classe social associado à algumas formas de falar o português..

do seu coordenador, que o arrancou e colocou como tema de reunião a “provocação”. O fato surpreendeu o grupo, mas não foi seguido de outros relatos até que este participante trouxe a informação de que fora demitido. A justificativa eram conflitos com a coordenação do CAPS. Era o único participante que pertencia ao CAPS. O anúncio da demissão foi impactante. O grupo estava muito mobilizado e os coordenadores propuseram que se discutisse o assunto. Ele relatou sua história. Era uma longa seqüência de conflitos com a coordenação em torno principalmente do papel da enfermagem no CAPS. O fato disparador da demissão teria sido a negativa do enfermeiro de prescrever dipirona para uma paciente que estava com “dor de dente” e “dor no coração”. A sua proposta, como em outras ocasiões semelhantes em que não havia médicos no CAPS, era levar a paciente à UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE para uma consulta médica e prescrição da medicação. Desta vez, no entanto, o coordenador do CAPS estava preparado para demiti-lo a partir deste fato, com aparente apoio dos outros trabalhadores. Mas o que mobilizou realmente o grupo foi o fato de que a demissão contara com o consentimento do Distrito, inclusive do apoiador que era também um dos coordenadores do grupo. Deivisson confirmou o fato para o grupo, provocando uma certa tensão. Explicou como o processo de desgaste e o conflito eram antigos, bem documentados, e que, diante da decisão do coordenador do CAPS só restava ao Distrito duas opções: recusar a demissão e demitir o chefe do serviço ou aceitar a demissão. Como em várias reuniões do Distrito com os trabalhadores do CAPS não haviam sido mencionados problemas com o coordenador (depois de muitos conflitos com o coordenador anterior), e nem a demissão provocara reações em contrário nos pares, o Distrito resolvera aceitá-la. Foi uma tarde muito intensa. Apesar de tudo era a primeira vez que se conversava abertamente sobre assuntos de gestão diretamente relacionados a membros do grupo. O fato reforçou a princípio uma visão de que a gestão era “má”, a organização permeada de interesses mesquinhos e que só se podia lidar com ela aceitando a “regra suja” do jogo, e lutando com todas as armas pelo poder em disputa. Os coordenadores sugeriram que se refletisse se isto era *sempre* verdadeiro, lembrando que se haviam sido apresentadas várias teorias que consideravam as organizações como espaços de disputa de vários tipos de interesses e poderes, também havia relatos de experiências em que se lidou com estes fatos buscando valorizar outras possibilidades de grupalidade e de co-gestão do processo de trabalho. Enfim haveria outra produção possível na organização. Pontuamos ainda assim que não cabia na lida diária nas

organizações uma postura ingênua ou idealista. Havia disputas, havia (como no caso apresentado) a possibilidade do uso mesquinho do poder. O final da tarde chegou com uma definição de tema para o próximo encontro: a avaliação. Uma vez que parecia ter havido um uso perverso de um procedimento rotineiro (e pouco utilizado) de avaliação dos trabalhadores, os coordenadores propuseram discutir como definir e quais seriam os critérios em que o grupo gostaria de ser avaliado. Como se apropriar desta ferramenta?

É evidente, no entanto, que o caso trouxe um tema complexo na vida das organizações. CAMPOS (2000) afirma que o Método Paidéia não é possível em contextos de “guerra”, em que se busca a eliminação do “adversário”. Uma eleição, por exemplo, também pode ser vista com uma situação de “guerra”, de mútua exclusão. Não há possibilidade co-gestão. É um *ou* outro. Nas organizações, uma situação de conflito aberto nunca está excluída. Mas fora destas situações extremas, existem outras que acabam tornam de tal forma acirradas, que levam a uma situação de “guerra fria”. E talvez esta seja uma questão aberta para a democracia institucional.

No encontro seguinte havia intenção dos coordenadores de que o grupo utilizasse na discussão instrumentos teóricos oferecidos em vários outros momentos, principalmente a aula do professor Carlos Gama Pinto (sobre programação e planejamento em saúde na atenção básica). No entanto não foi o que ocorreu. A tendência do grupo ao pensar em avaliação dos trabalhadores era de imaginar avaliações individuais, predominantemente pautadas sobre o cumprimento de regras e um vago reconhecimento de mérito, dependente de um “Chefe” bom e idealizado. A proposta dos coordenadores era que a avaliação pudesse ser predominantemente um processo coletivo, baseado em construção compartilhada de indicadores de processo e de resultado. Não foi possível saber o impacto da proposta dos coordenadores na vida cotidiana do grupo. Mas foi possível perceber como a vida institucional convida a uma oscilação entre dois polos: a submissão ou a rebeldia. Esta última bem mais rara.

Tivemos então mais uma oferta teórica sobre Espinosa, desta vez com o Prof. Ricardo Rodrigues Teixeira. O convite deu-se para que fosse apresentada a proposta de Medicina Espinosana, trabalhada no seu doutorado (TEIXEIRA: 2004)⁷³. Seguem algumas anotações da aula:

⁷³ TEIXEIRA, R.R A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos Revista Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.35-72, set.2003-fev.2004

Contou que entrou na USP por dentro da Ação Programática e o problema da “comunicação” começou a ganhar importância como um campo de estudo. A partir deste ponto passou a assumir importância o tema das “conversas”, sobre o qual havia muito pouca reflexão.

Começa-se a perceber que o tema rede de atenção também pode ser visto como uma rede de conversação. Assim os profissionais de saúde são adestrados em técnicas de conversa. A Anamnese é uma técnica de conversa. Uma técnica que produz diagnóstico e delimita um diálogo. Ela é uma pauta. A partir desta reflexão começamos a nos indagar quais as outras produções das conversas nos serviços de saúde? Uma produção seria da ordem do conhecimento, mas outra produção de conversa é da ordem AFETIVA. A conversa cria contextos afetivos.

Este vai ser o principal foco desta aula: *a dimensão afetiva produzida nas conversas*.

Antes de entrar na dimensão afetiva, quero falar um pouco sobre a produção cognitiva: por exemplo a homeopatia tem outra técnica de conversa. Cada técnica dá a emergência a conteúdos muito diferentes.

Então como fórmula geral: toda técnica pré-restringe o espectro de conteúdos possíveis.

Quando falamos numa produção de conversa, estamos falando de uma conversa que neste caso é TRABALHO.

Tem um grupo de autores que rediscutem a categoria trabalho, a partir da referência marxista, criando o termo TRABALHO IMATERIAL. A relativa desatualidade do pensamento marxista estaria relacionada ao trabalho material, as formas de trabalho material- fabril. Apesar de muito do nosso trabalho continuar a ser disciplinado por elementos fabris. O cartão de ponto por exemplo.

O trabalho imaterial não é necessariamente menos desgastante, o que mudou foram os produtos que se desmaterializaram. A informação e conhecimento são dois tipos principais de produtos do trabalho imaterial.

Na saúde o diagnóstico é um produto evidente, mas tem também uma produção simbólica, emoções afetos, mundos e sociedades. Os encontros têm uma produtividade imaterial, para além dos objetivos precipuamente dados. Portanto diferentes atividades são muito conversacionais. Médicos antigos diziam que havia uma conversa útil e uma conversa inútil, espontânea. Eu gostaria de problematizar esta questão com vocês. Existe conversa inútil no espaço de trabalho?

Na vida será que existe alguma conversa inútil? “Bom dia”, “boa tarde”, tão técnicas de conversa. Um lugar comum é dizer que conversar é trocar informação. Mas o que a gente menos faz é trocar informação...

E afinal o que é conversar?

Resposta no grupo: prender a atenção do outro?

Eu neste momento estou trabalhando, fazendo um trabalho imaterial. O meu produto é imaterial. Pretendo afetar vocês.. chamar a atenção. A gente usa palavras para engajar o outro num afeto...

Todos estes produtos (imateriais) eu não posso produzir sozinho, incutir... esta produção imaterial é compartilhada. A PRODUÇÃO IMATERIAL É RESULTADO DE UM ENCONTRO

Voltando às conversas do dia a dia: o cara que te atende na padaria... ainda que sem troca de informação, o que prevalece é a produção da relação. Ter relação como o outro é definir a distância. O atendente da padaria me pergunta: “vc viu o coringão ontem?” Ele sabe muito bem que eu vi. Ele define uma distância. Ele não pergunta sobre a minha família. Nunca fala além disto. A conversa demarca distâncias na relação e diz qual o estado desta relação. Se abandonássemos estas práticas seguramente isto teria um impacto nas nossas vidas. Seria besteira levar para o lado da “boa ou da má” educação, ou da etiqueta (etiqueta quer dizer ética pequena). É na verdade o modo de uma cultura dizer como vai gerenciar as distâncias e as proximidades.

Se admitirmos que vivemos um quadro chamado de degradação da sociabilidade, isto pode ser por caos das conversas... Conversa é uma coisa para coordenar ações.

Dito isto, agora começa um outro bloco, cujo título seria: “INTRODUÇÃO A UMA MEDICINA DO CORPO SEM ÓRGÃOS”. Para introduzir este tema eu preciso falar um pouco do Espinosa. Quando conheci este autor, eu fiquei me perguntando o que seria uma medicina espinosana. Espinosa viveu na Holanda há 300 anos. Sua língua materna era português. Sua família era judia e fugiu de Portugal para a Holanda. A única dificuldade que existe com este autor é porque o que ele propõe foge dos nossos hábitos mentais. Mas ele é um autor muito fácil, muito apreensível. O que ele pensou vocês vão reconhecer que já conhecem, já experimentaram e não sabiam.

O primeiro embate de Espinosa é com a teologia. Ele entra em confronto com o Deus antropomórfico. Ele vai falar de Deus, concebendo que tudo que existe no universo é uma única substância infinitamente infinita. É causa de tudo e a causa de si mesmo. Deus se expressa até o infinito... Espinosa não faz separação entre essência e existência.. a essência de tudo que existe é existir. Não é uma outra coisa secreta. O que leva Espinosa a dizer que tudo é exatamente como tem que ser. E tudo que é: ou é em si ou é em outra coisa - *modificação*. Tudo que existe é igual a essência e tudo que existe é igual a Potência.

A Modificação: diz respeito aos modos das coisas finitas existirem. Eu existo, este corpo existe e quando estou tratando de um corpo finito a sua essência não é capaz de determinar a sua existência. E quando uma coisa persevera na existência é porque existe em Deus.

A tradição desde Aristóteles tendeu sempre a substancializar tudo o que existe. Existiria a essência do humano que seria diferente da essência do cachorro. Quando vejo uma população não posso conceber uma essência do diverso. Só haveria uma substância infinitamente infinita, que seria Deus. Mas o que explicaria a variabilidade de Deus seriam as condições externas. Modificação – modos finitos – seres e idéias finitas...

O que seria um indivíduo para Espinosa..

Nós seres humanos finitos conhecemos apenas dois atributos: atributo pensamento (idéias) e atributo extensão (corpos).

Para Espinosa eu sou um conjunto de conjuntos de partes extensivas sob uma dada relação que me caracteriza. Espinosa vai granular o universo até o infinito. As formas que vão se individualizando e se mantendo sob uma certa característica.

A diferença aparece porque as partes extensivas se compõem.

O boi vai para o matadouro e vira um bife. Comer é retirar as partes extensivas e submeter o outro àquela relação. O que é a sociedade: um conjunto de homens sob uma dada relação.

Aqui podemos retirar um aprendizado importante para nós:

Espinosa propõe uma PRIMAZIA DA RELAÇÃO SOBRE AS PARTES.

Geralmente a gente pensa que os corpos se encontram para efetuar uma relação. Os Estóicos dizem que o que é primeiro é a relação, o que caracteriza é a relação. Para Aristóteles é uma ontologia. Ele concebe o corpo como base. Já para os estóicos a unidade ontológica é o ACONTECIMENTO. Espinosa vai resgatar isto com a primazia da relação. Ele vivia um contexto galileico com a lei de movimento e repouso. (...)

Dois corpos se aproximam e existem para efetuar relações. E a toda relação corresponde um grau de potência. A potência em Espinosa é uma questão quantitativa.

A questão do Espinosa era como nos libertarmos. O que era escravidão para ele? A vida passiva. O humano estaria condenado a ceder ao peso das causas externas, a ser escravo das causas externas... Mas o homem tem a potência de sair deste estado. Espinosa vai formular uma estratégia para uma vida ativa. Ele concebeu três formas de se libertar ou três gêneros de conhecimento. Três éticas, três modos de vida.

O que é o encontro? Ele formula uma teoria do encontro para explicar os três gêneros de conhecimento.

Quando dois corpos se encontram eles se afetam. Em afeto existem duas idéias afecção e afectio: o primeiro diz respeito ao afetivo como sentimento, efeito. Afecção: imago ou imagem no meu corpo, portanto.

A primeira forma que eu tenho de conhecer é o efeito que o outro teve sobre mim. É um conhecimento imaginativo. Quase tudo que a gente conhece a gente conhece pela imaginação.

Temos então o teorema da paquera: quando eu sofro uma paixão sou tomado de uma convicção súbita de que outro corpo me convém. O que eu conheço daquele corpo é a imagem. É uma paixão alegre – mas é um conhecimento inadequado.

É impossível esta marca, esta impressão de uma imagem sem produzir um AFFECTIO, ou seja uma variação da potência. Se foi uma afeto aumentativo: aumenta o apetite pela vida.

A idéia geral: na vida nós encontramos um monte de corpos. Existem bons encontros e maus encontros. Encontros que AUMENTAM A POTÊNCIA OU DIMINUEM A POTÊNCIA.

Ao pensar também encontro idéias que aumentam ou diminuem a minha potência.

ESTE É UM CONHECIMENTO DE PRIMEIRO GÊNERO.

Espinosa afirma que ainda não sabemos o que PODE o homem. O conhecimento imaginativo não permite saber isto.

O conhecimento de segundo gênero. Continuando na teoria da paquera. No momento em que ocorre um encontro, qual será o conteúdo do papo? Buscar os pontos em comum, o que tem haver. TER COISAS EM COMUM AUMENTA O AFETO. Se tudo der certo fica-se realmente sabendo que existe uma relação de conveniência: RAZÃO > RATIO > RELAÇÃO > conhecimento adequado. É a relação do meu corpo com o outro. É o conhecimento das noções comuns. Meu corpo só pode conhecer o que tem em comum.

Podemos depreender então que é importante conhecer primeiro o que convém, para depois conhecer o que não convém. Razão é o conhecimento da relação. Mas seria um equívoco pensar que razão é uma idéia da cabeça. Ou que razão é o oposto de Afeto. Para Espinosa a razão cartesiana é imaginativa, no sentido de que busca universais e transcendentais, em lugar de partir do que é comum.. A Rãzão Espinosana é afetiva. Para ele, em primeiro lugar, só existem afetos. Afetos ativos e afetos passivos. As paixões são afetos passivos, embora possam ser alegres ou tristes. Não se vence uma paixão pela razão no sentido usual da palavra, mas por outro tipo de afeto. Os afetos ativos. A RAZÃO/RATIO é uma paixão ativa.

Voltando ao exemplo da paquera e o conhecimento do segundo gênero: Não importa o já dado, mas sim o que pode ser construído. O COMUM é construído, produzido na relação.

Portanto a partir deste conhecimento eu me apresentaria como Ricardo, um conjunto de partes extensivas sob um conjunto de possibilidades de relação.

Espinosa diz que a gente nem sabe ainda o que pode o nosso corpo. Sob quais relações ele pode se apresentar. Nadar por exemplo é conquistar um conhecimento de segundo gênero. Não posso apresentar o meu corpo sob qualquer relação para a água e aprender a nadar.

TODO AUMENTO DE POTÊNCIA PRODUZ ALEGRIA E TODA DIMINUIÇÃO DE POTÊNCIA PRODUZ TRISTEZA.

O casamento o que é? Um contrato? Contrato é uma coisa que você faz quando não confia muito. O casamento pode ser isto. Mas que outras formas pode haver de sustentar uma relação na DIFERENÇA?

Construir um zona comum. Investir nas potências aumentativas, ou melhor existir nos arranjos aumentativos de potência.

Trazendo para a nossa vida profissional: existem arranjos de encontros / coletivos aumentativos de potência e diminutivos de potência.

Voltando ao casamento, como investir em arranjos aumentativos de potência? Como produzir o comum, que é também um desafio contemporâneo?

Resposta no grupo: a foto de casamento, a festa etc..

Enfim é um exercício constante de se apresentar para o outro de uma forma que entre em relação. ENTÃO CONVERSAR É AJUSTAR A DISTÂNCIA. Se apresentar. A ESCUTA PERMITE ME APRESENTAR NA RELAÇÃO RECONHECENDO E BUSCANDO SINGULARIDADES. A conversa qualificada é melhor do que a escuta porque a conversa É ATIVA. Dizer “conversa qualificada” é melhor do que dizer escuta.

Neste espaço não vão poder falar sobre o conhecimento de terceiro gênero⁷⁴. Mas poderia dizer numa frase que se trata da intuição e do conhecimento direto da potência singular de cada coisa. Deleuze no livro *Crítica e Clínica* cita como exemplo um conto de Hoffman: um homem caminhando começa a ouvir gritos terríveis, que o tocam fortemente. Dirige-se então na direção dos gritos, cada vez mais atormentado, até se defrontar com ratos agonizantes. É quando se lembra de ter ele mesmo colocado veneno de rato naquele local. O devir rato do homem do conto... um conhecimento que se apresentou intuitivamente....

Mas voltando ao conhecimento de segundo gênero ele é um conhecimento constituído na relação e é uma potência.

Percebemos no cotidiano que a nossa potência aumenta e diminui. O desafio do cotidiano é produzir o aumento da nossa potência. Para isto é preciso procurar composições, construir comunidade.

A avaliação da maior parte do grupo foi bastante positiva. No decorrer das discussões os coordenadores utilizaram estes conceitos na discussão dos casos. Acima de tudo TEIXEIRA fez um convite a uma responsabilização pelo cotidiano. Um tipo de responsabilização que não é polar: “é pelo paciente, mas me inclui o profissional”. A proposta contribui no enfrentamento de duas tendências instituídas: (a) existe recorrentemente uma grande desvalorização da produção instantânea dos encontros clínicos. Por exemplo, ainda é “natural” pensar que se um paciente chora em frente do profissional de saúde - não psicólogo ou psiquiatra -, ele deverá ser “encaminhado para ambos”. É difícil perceber que é bem possível e freqüentemente ocorre que aquele choro, aquele instante e aquela configuração afetiva não se repita, nem com outro profissional e nem em outro momento. O instante sempre pode ser uma oportunidade única, um dispositivo para inúmeros aprendizados, afetos e transformações. E isto é potencialmente assim com quase todos os eventos, mesmo um procedimento de coleta de sangue, ou uma cirurgia. (b) Noutras vezes existe um desejo de que as técnicas e medicações possam ser eficazes mesmo diante de relações clínicas desastrosas, absolutamente produtoras e dependentes de paixões tristes (raiva, medo, submissão etc). É como se as técnicas tivessem a obrigação de permitir ao profissional uma clínica de “baixa energia”, de baixo investimento afetivo. E como se desejo de assim reduzir a própria clínica não fosse uma grande armadilha. As ofertas do Prof. Ricardo Teixeira, assim como do filósofo Luis Fuganti, contribuíram como instrumentos de análise dos afetos produzidos nas relações clínicas, de uma forma não moralizante. Não é uma questão de sacrificar-se pelo outro, mas de que em um grande número de situações quando a relação clínica é ruim, simplesmente ela é ruim para ambos.

No último encontro do ano tivemos a presença da professora Cacau César⁷⁵. A encomenda dos coordenadores era tanto da oferta de instrumentos para abordagem familiar, quanto para (re) colocar em análise no grupo as discussões de casos individuais, uma vez que, desde as férias, havíamos nos dedicado a temas mais gerenciais.

Após apresentação ao grupo a professora perguntou sobre o que o grupo tinha aprendido sobre lidar com famílias e quais instrumentos dispunham. Foram listadas PTS, ecomapa, clínica ampliada, grupos de saúde mental, de adolescentes... Mas logo na seqüência um dos participantes ponderou que *“a dificuldade era saber até onde ir sem*

⁷⁵ Claudia Cacau Fúria César Enfermeira especialista em Terapia Familiar (abordagem Sistêmica).

ferir a autonomia das famílias". Outra questão foi a dificuldade de conviver com famílias desestruturadas. Esta questão motivou então uma pergunta direta da convidada para o grupo. Talvez uma questão marcadora das conversas posteriores: *"você experimentaram situações em que sentiram ressonância em você, na história de você?"* Ela (re) apresentou a hipótese de que um instrumento importante de trabalho na clínica é o próprio profissional. A pergunta não foi respondida, mas foi importante para o grupo. Mais do que um enfoque diferente, uma outra experiência clínica. A conversa voltou para o tema autonomia x responsabilidade de equipe, "ideais de cura" x "adequação da realidade".

"O que é bom para um é bom para o outro? O que vamos fazer? Como visualizar o contexto do outro como contexto possível – ou pelo menos em alguns aspectos – possível. O desejo pode ser uma chave para ampliar este contexto. As famílias costumam chegar com histórias saturadas de deficit (falta) – mas existem situações exitosas.. em cada história.. como aprender com o que deu certo? Como ouvir estas histórias? Como se CO-responsabilizar por uma família? Não para ser "poliana" mas para capturar, armazenar um gás... se tem desejo, tem combustível... tem vontade de viver" (CÉSAR).

É como se ela dissesse o que tinha sido dito pelos coordenadores e professores e filósofos, mas de uma forma diferente, ou melhor de um lugar diferente: o lugar de uma experiência de apoio e terapia com famílias. Recomeçou então um certo embate:

"O problema Cacau é que encontramos situações familiares terríveis... por exemplo, uma família deixar o idoso naquele estado... eu não faria isto com idoso da minha família" (enfermeira)

*"isto é ressonância... como ajudo uma família a olhar para aquilo que não cabe dentro de mim? Cada família é um país que eu não conheço... o fato de viajar não significa que vou deixar de ser brasileiro. Certo queremos trabalhar com famílias diferentes sem abrir mão das nossas crenças, dos nossos valores, isto é ótimo, é necessário... **mas porque eles teriam que abrir mão dos valores deles, das diferenças?** Talvez este seja um ponto importante " (Cacau)*

Esta afirmação parece ter tido um impacto importante no grupo. O grupo reapresentou sucintamente um caso e no decorrer dos encontros seguintes, foram retomados alguns dos casos e situações mais difíceis. A prática clínica com situações semelhantes permitiu à professora demonstrar ao grupo, também com exemplos e relatos, a possibilidade de outros modos de existência diante destas situações extremas. Embora o referencial teórico que amparou o trabalho da professora Cacau César tenha

sido principalmente o da abordagem sistêmica de famílias (bastante apoiado sobre a produção de Maturana e Varela), podemos dizer talvez que ela exercitou em conjunto com o grupo as possibilidades nietzschinianas de enxergar os casos como resultado de ações “humanas, demasiadamente humanas”. Do ponto de vista da dinâmica do grupo pudemos observar a insistência da professora em convidar para uma análise das implicações pessoais, dos próprios afetos diante de situações em que estes afetos muitas vezes são de medo, de frustração, de raiva... embora o convite não fosse novidade para o grupo, o efeito foi mais contundente. Ao apresentar as técnicas de abordagem familiar, ela sempre convidou o grupo para que ele experimentasse em si mesmo os instrumentos teóricos propostos (genograma, rede social significativa) antes de utilizá-los nos usuários.

No início do encontro seguinte a Profa. Cacao apresentou sucintamente alguns dos parâmetros teóricos do trabalho:

“trabalharemos nas propostas seguintes com o aporte teórico do construtivismo. Um conjunto de conhecimentos, que – acreditamos – quando compartilhados tendem a ampliar (a) o respeito pelo outro, (b) o reconhecimento pelo saber do outro e (c) a ativação de habilidades do outro em busca de soluções. (...) A possibilidade da NARRATIVA, ou seja como cada um conta sua história é MUITO IMPORTANTE. Eventualmente a “verdadeira história”, se existir, não pode mudar, mas as narrativas PODEM MUDAR. E podem abrir portas.”

Foi oferecido um texto (CESAR 2007) para os participantes do grupo lerem com antecedência às atividades. Foram três atividades seguidas, em que a professora participou também das discussões de caso. Na primeira atividade a professora convidou para uma divisão em pequenos grupos para que conversassem sobre o que é “uma família” e sobre como imaginavam sua transformação na história. Ao final, a enfermeira propôs duas hipóteses funcionais para a definição de família: “família é quem cuida” e “famílias se agregam menos pelo 'deficit' e mais pela assertividade”. Procurar a assertividade (a potência? O desejo?), mesmo em situações difíceis, sintonizou-se com as propostas já apresentadas anteriormente de procurar as potências nas situações vividas pelos usuários.

Na segunda atividade discutiu-se a **rede social significativa**. Cada participante do grupo foi convidado a fazer sua rede social significativa: cada um fez um desenho de três círculos concêntricos com duas linhas perpendiculares que se cruzavam no centro. Cada quadrante era um campo de relações: amizade, familiares, relações comunitárias (sistema

de saúde), trabalho. Cada um preencheu suas pessoas mais significativas em cada área, mais próximas do centro quanto mais afetivamente importantes forem as pessoas. Perguntas como: “a quem recorreria em caso de doença?” “em caso de precisar pedir dinheiro?” etc... foram sugeridas para ajudar cada um a fazer sua lista. Em seguida reuniram-se em pequenos grupos para conversar sobre o impacto sentido por cada um ao fazer a lista. Após esta conversa abriu-se um debate na roda. A proposta para o grupo era de utilizar o instrumento para ajudar um paciente a conhecer sua própria rede social significativa e aventar possibilidades de ativar esta rede. Trata-se, portanto, de um instrumento de clínica compartilhada. Não visava, na proposta da professora, somente um conhecimento do profissional sobre o paciente, mas um conhecimento produzido compartilhadamente e em grande medida um instrumento de auto-análise. No TELEDUC a discussão sobre a ferramenta se estendeu e é possível ter uma idéia do impacto que teve para o grupo:

Primeiramente, adorei esta aula! Foi realmente, como adquirir uma ferramenta para um trabalho, que tentava realizar e há muito, mas sem a devida ferramenta. E sabendo que esta rede pessoal e social, é uma metamorfose ambulante, que a todo tempo pode e deve mudar, como buscar uma rede que seja ideal, ou melhor, uma rede que seja SAUDÁVEL? Para nós mesmos e para os nossos pacientes: há uma rede ideal? Há um Sujeito ideal? Uma família ideal? (...) A questão é: como empregar esta ferramenta a um dia a dia tão atribulado, corrido e cheio de demandas? Será que há tempo para aplicarmos esta ferramenta maravilhosa, de forma sistematizada? Pois bem, não há como fugir da questão de como lidar com um Sujeito, doente, que não possui uma rede também "satisfatória" e que por mais que tentemos, não quer melhorá-la ou ativá-la? Dispomos deste tempo? Destes profissionais? E mais uma pergunta: Cacau disse que o ideal é que o próprio paciente monte, construa e visualize sua própria Rede. Qual a melhor maneira de fazer isso com analfabetos?

RESPOSTA:

Suas reflexões foram muito boas, o uso da ferramenta pode parecer num primeiro momento demorada e as vezes na correria dos atendimentos quase que não viável. Mas, se você começa a visualizar no seu dia a dia, ela já está presente, só não formatada da forma como a exercitamos. (Cacau)

Do GRUPO: Na equipe em que atuamos fizemos um exercício; construindo a rede social da própria equipe, foi uma experiência muito boa.

Do GRUPO: Ao apresentarmos o mapa da rede social faz com que as pessoas reflitam como estão conduzindo sua vida, exemplo: poucos amigos, muito família. Não que isso seja bom ou ruim, mas pode sinalizar uma vontade de ter o famoso plano B. Como ajudá-la nesta empreitada? Muitos pais não entendem algumas atitudes dos filhos na adolescência. Não seria interessante um exercício onde os pais se lembrassem quando

eram adolescentes e fizessem o mapa daquela fase. Será que seria muito diferente do mapa dos seus filhos? Seria um ótimo recurso. Como ajudar pessoas que querem ampliar a sua rede social?

RESPOSTA: primeiramente, ao fazer o exercício do mapa da rede social, você também estará obtendo uma informação de como esta pessoa costuma se relacionar e em que eixo. E você pode explorar de como habitualmente ela caminha para os laços/vínculos de seus relacionamentos. É útil lembrar que ampliar uma rede social, não é sinônimo de ir a igreja, ao clube ou ao cinema fazer amigos. Às vezes é mais fácil reconectar com pessoas que já fazem parte de nossa rede. Ao exercitar o mapa com a pessoa, você dá a ela a possibilidade de se ver além de si mesma, pode ser útil fazer o mapa de um período que ela considerava mais rico e repleto de pessoas. Compare os dois mapas, reflita sobre que aspectos favoreceram este ou aquele mapa para maior ou menor intimidade. Talvez aí você amplie as conversações e ela possa descobrir um caminho próprio para chegar aonde deseja. (Cacau)

GRUPO: 1 – O mapa da rede social amplia a visão do indivíduo em seus relacionamentos, será que não há situações em que isto aumenta o conflito?

2 – Como classificar pessoas com redes sociais amplas ou restritas, isto está relacionado ao seu modo de vida (profissão – lazer – atividades culturais)?

3 – O mapa da rede social do indivíduo é um instrumento pessoal de autoconhecimento?

RESPOSTA: fiquei pensando sobre esta possibilidade de ampliar o conflito da pessoa ao realizar seu mapa da rede e se deparar com algo muito diferente do imaginava. Eu costumo perguntar: o que você quer fazer com esta nova informação? No que ela pode ser útil para compreender o "fato" que te trouxe até aqui? Bem pode haver outras perguntas, que possibilitem novas conversas, e daí, amplia a chance de não forçar ou gerar conflitos. Bem esta é uma saída. Com relação a sua 2ª pergunta, nela mesmo você já responde, quem vai nominar uma rede mais restrita ou ampla será o próprio cliente. Todos os aspectos que você citou são relevantes e determinantes para mostrar diferentes redes. Até mesmo a história familiar é determinante. Se uma família não teve o hábito de ter amigos, seus filhos podem entender que também devem funcionar igual. Só que quando você tem 11 irmãos, o aspecto de ter apoio é presente, quando você passa para ser filho único, não ter amigos pode ser algo muito complicado. (...) O mapa da rede favorece o autoconhecimento, em especial se ele pode ser compartilhado. Relacionado com eventos e situações. Daí ele se torna ainda mais útil.

No encontro seguinte, foi oferecido o instrumento chamado **“genograma”**. Novamente os participantes do grupo foram convidados a fazer o seu genograma. O “slogan” da aula era “pergunte ao genograma”, em analogia do genograma com os oráculos. A proposta era que ao olhar a sua própria história familiar muitas “respostas” aparecessem. Novamente foi proposto ao grupo experimentar o instrumento nos seus casos.

Após três encontros com a Profa. Cacao fizemos uma avaliação da experiência com o grupo. O grupo declarou que as ofertas foram muito relevantes e que poderiam ter sido feitas no início das reuniões do grupo.

Havíamos feito várias ofertas teóricas convidando o grupo para prestar atenção aos aspectos imperceptíveis ou inconscientes do cotidiano. No entanto, as ofertas de abordagem sistêmica, tal como foram realizadas no grupo, se constituíram em um instrumento de mediação, em uma forma de colocar em análise alguns aspectos inconscientes da vida relacional assim como alguns dos determinantes estruturais. Puderam ajudar a fazer emergir e jogar luz sobre os efeitos de diversas forças. Quando se experimenta olhar para as relações mais significativas e o genograma apareceram mais facilmente questões como: porque está assim e não de outro modo? Que forças “contribuíram”? Estas respostas permeiam as narrativas.

Avaliação do grupo a respeito dos encontros

Nos encontros seguintes discutiram-se os trabalhos finais e nos seguintes a apresentação individual dos trabalhos. E posteriormente, houve uma avaliação oral dos alunos a respeito dos encontros. Esta avaliação, em resumo, foi muito positiva, apesar de ter sido feita no calor das despedidas. É relevante dizer que as ofertas filosóficas foram muito bem consideradas: *“o curso provocou reflexões não só sobre o trabalho, mas sobre a vida pessoal de uma forma geral”*.

“No início chegava na unidade depois de cada encontro e queria aproveitar as reuniões de equipe e reuniões gerais para repassar as coisas que tinha aprendido. Eu ficava agoniada que as pessoas não queriam ouvir ou aprender. Aí no decorrer do curso comecei a olhar diferente para o processo de aprendizado. Valorizava muito a experimentação na minha equipe depois de divulgar os experimentos, valorizava ensinar e tentar fazer junto com aquelas pessoas que estavam interessadas. A diferença é que não desperdiçava energia tentando convencer as pessoas que não queriam e o efeito demonstração era muito mais contagiante.” (enfermeira)

Há muito que fazer na equipe e na clínica, desde a compreensão do sujeito como um produtor de sua própria saúde, até nas propostas de processo de serviço. No decorrer do curso, fomos utilizando e testando várias ferramentas apresentadas. Algumas com resultados esperados, outras não. Percebo o curso como um investimento em nossas práticas de saúde, que nos levaram à reflexão e a novas propostas. Foi possível repensar os PTS, o papel do coordenador e nossa contribuição para a gestão. Compreender a organização da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, a evolução do SUS e a responsabilização de todos os envolvidos em nosso processo de trabalho. A educação permanente em saúde. A reflexão do

modelo conservador das instituições formadoras que fazem profissionais distantes da necessidade de saúde da população. Ver o desafio da ampliação da formação de profissionais de saúde além dos aspectos técnico-científicos; possibilitou-nos investir na EQUIPE LOCAL DE REFERÊNCIA, refletindo em todo o processo de trabalho na UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. (enfermeira)

O curso trouxe muitas contribuições na prática. Observo que a grande contribuição foi em mostrar que não estamos só nas dificuldades vividas na assistência básica, e que temos muitos recursos para enfrentar as mesmas.

O curso trouxe embasamento teórico para nossa clínica diária, mostrando que muitas práticas adotadas em nossas equipes tem respaldo teórico, que utilizamos tecnologias que são amplamente estudadas, mas que a maioria desconhece o fundamento teórico, apesar de já empregar, mesmo que intuitivamente, estas tecnologias na assistência básica. Também foi possível ampliar o olhar sobre o papel da gestão nas unidades, as inter-relações institucionais e as próprias relações interpessoais dentro da própria unidade, além de oferecer uma visão mais abrangente sobre o processo saúde-doença, e do papel do indivíduo na co-produção de seu estado. (Médico)

Acho que o curso dá uma nova motivação para vermos o nosso trabalho e sermos mais propositivos em nossas equipes e unidades. No meu retorno à assistência o curso teve e tem tido uma forte influência; mas preciso ainda me instrumentalizar mais para envolver outros colegas também (médica)

Acho que o curso está me fazendo pensar e compreender melhor o funcionamento do sistema de saúde e de toda sua complexidade no meu trabalho diário, uma nova percepção do usuário mudando um pouco a relação centralizadora e buscando dar maior autonomia e responsabilização pela vida. Acho que uma das coisas mais importantes que aprendi foi a importância e o poder da conversa e dos encontros, que muitas vezes não valorizamos na relação clínica. Acho que o nosso desafio diário é transformar os maus encontros e não deixar que esse desgaste afete nossa vida e nossos ideais (médica)

Na minha prática, o curso contribuiu para que eu me atentasse às atitudes com os outros profissionais da unidade e com os pacientes; muitas das atitudes tinham embasamento teórico, mesmo que eu não soubesse disso, e outras eram bastante criticadas pela teoria; o curso fortaleceu as boas atitudes, me fez rever as que não estavam boas e ofereceu, através das trocas com os colegas do grupo e com os apoiadores, outros instrumentos para gerenciar o cuidado, os conflitos e a organização do serviço, esta última tarefa bastante ligada ao núcleo do enfermeiro. (enfermeira)

O curso na prática me ajudou bastante principalmente na percepção do outro como produtor da sua saúde; hoje já escuto o cliente de modo diferente, atento mais à subjetividade que ao biológico... sinto apenas não ter conseguido socializar tudo que aprendi no curso com meus colegas da unidade, apenas os incorporei no meu dia-a-dia. Percebi também que apesar da minha força de vontade e pouco tempo para estudar e me dedicar ao curso, meu desempenho não foi tão bom como dos demais, muitos já ingressaram no curso com uma certa bagagem ficando evidente nos comentários, análises dos temas, discussão dos casos e até nas

participações na sala de aula. Mas foi muito rico, acrescentou muito à minha formação. (enfermeira com desempenho excelente dado contexto desfavorável da unidade)

Eu diria que na prática, a coisa é outra coisa sim!!! O curso é ótimo, elucidativo, obtive ferramentas importantíssimas para lidar no dia a dia não só numa UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE mas também num CAPS. Acredito que um matriciador, seja de qual núcleo for, deve passar por um curso desses, pois amigos que tiveram experiências frustradas deste papel, se possuíssem estas ferramentas poderiam não ter tido experiências tão frustrantes, ou poderiam SE trabalhar melhor. Não só na rede básica, mas na escola, no hospital tive surpresas agradáveis mesmo, com estas teorias! O curso, foi e continua sendo importantíssimo no dia-a-dia de minha prática profissional, funciona verdadeiramente! Realizei grandes conquistas pessoais, ao propor discussões e reflexões antes não feitas. Descobri de onde vem a bendita palavra paidéia, foi realmente como ver o sol após uma caverna escura: Platão que se cuide! É difícil mensurar o quanto deu certo realmente, mas é possível provar o quanto as discussões foram enriquecidas, e como as equipes saíram de uma posição repetitiva. É gratificante notar estas mudanças. Foi possível trabalhar questões, que lidamos todos os dias, que possuem embasamento teórico. Questões inter relacionais, institucionais, de gestão etc. Eu diria mais: uma ampliação da clínica ampliada! É claro que esbarramos em questões difíceis de lidar, e a mais difícil delas pra mim eu diria que foi lidar com o poder, que na prática é outra história! Não é tão simples quanto visto na teoria! A passividade tem realmente o seu lugar de conforto! (enfermeiro)

Com certeza o curso na prática funciona e proporciona mudança bastante significativa. O que acontece é que, como todo processo de mudança; é lento. Primeiro ocorre a desestruturação o desconforto os incômodos. Temos aquela impressão de que nada está mudando, que nada melhorou, ou as vezes, que está pior do que antes. O que pode mesmo ocorrer, caso os objetivos não estejam bem definidos e claros. Em nosso caso penso que o curso fez uma mudança em nós. Permitindo uma reflexão da nossa prática além de agregar novos conhecimentos para nossa prática cotidiana.

Por isso e pelo o que ouvimos dos colegas nas discussões; posso dizer que funciona na teoria e na prática. (enfermeira)

O curso foi o tempo todo estruturado a partir de relatos de práticas e saberes dos próprios participantes do grupo/curso. Estudos de caso, discussões sobre o tema da aula remetendo a vivências nas equipes, eram a matéria-prima dos encontros presenciais ou na rede. Este fato permitiu que em um ambiente de segurança, e com a presença dos professores facilitadores, ocorressem reflexões a respeito de estruturas organizadas na equipe. Tornando-se conscientes as resistências e alianças nas equipes, novos pactos sobre a missão do trabalho podem ser realizados no coletivo, no momento que voltamos para a unidade. O que funciona? É ter espaços para re-pensar nossas práticas a partir do desejo ativo dos participantes em aprender novos saberes, trocarem experiências. (apoiadora da gestão)

Nem todos responderam a avaliação por escrito, nem todos se manifestaram abertamente na conversa final. Um dos médicos, mais silenciosos durante os encontros,

veio dizer discretamente: “*olha, eu não falo muito, mas o que era importante eu aprendi...*” Outro comentário “de café” que pareceu relevante e que não foi possível anotar *ipsis literis*: “*eu sou de uma família de militantes de esquerda, cresci neste meio, sempre fui sindicalista. Achava que em todo espaço e em todo momento era lugar de convocar para a luta política, contra a exploração. Neste curso eu pude perceber o quanto esta era uma atitude simplista, o quanto eu também reproduzia relações de submissão. Agora sei que não se trata somente de tomar um lugar de poder, mas também de mudar a forma de lidar com ele, de democratizar os espaços cotidianos...*”

Reflexões sobre a experiência

Um aspecto que consideramos falho, ainda que tenha sido feito, é que no contrato inicial, não foi dada ênfase suficiente no acompanhamento do caso apresentado. Constatamos que poderia ter havido um investimento maior dos coordenadores do grupo com os casos trazidos, de forma que cada participante se responsabilizasse mais por implementar mudanças na condução e por repactuar com a equipe o PTS. Enfim que o gesto de trazer o caso não se reduzisse a um evento grupal, com aprendizado circunscrito àquele momento de interação. Evidentemente, esta dificuldade de seguimento não se deveu somente ao contrato inicial ou à gestão do contrato, deveu-se também às dificuldades inerentes à condução de cada caso.

Na avaliação dos participantes a palavra “curso” teve um peso grande. Procuramos lidar com o risco da presença de um curso em uma dinâmica grupal. “Estar na escola” (ainda) costuma induzir padrões de comportamento típicos, mesmo quando esta experiência é antiga na vida das pessoas. Este comportamento típico não é produtivo em um GBP. Procuramos, então, utilizar as ofertas teóricas com o máximo de cuidado. Em sintonia com as recomendações de BALINT, buscou-se evitar moralizar a dinâmica do grupo, para não constranger os relatos sinceros, porém conflitantes com as propostas teóricas. Diante de um contexto político e gerencial difícil na atenção básica, o trabalho no grupo foi um exercício constante de ofertas contrabalanceadas com risco de mitificação destas ofertas e mesmo de humilhação das pessoas que, por dezenas de motivos, não conseguiram usá-lo. Alguns movimentos de mudança na condução de um caso são aparentemente simples, mas na verdade envolvem valores, preconceitos e medo... Como tantos instrumentos na área de saúde, as ofertas teóricas e a presença de uma instituição

de ensino se configuraram em uma estratégia potente e arriscada. A presença da instituição de ensino foi utilizada também para contrabalancear a força do atravessamento gerencial. A inclusão da gestão – e de participantes com função de gerência - na discussão teórica e dentro da roda foi um desafio. Um desafio de certa forma mais importante, porque se é possível e desejável que ocorram GBP fora do âmbito de uma instituição de ensino, não é desejável que ocorram fora do espaço de gestão do SUS, tamanha a imbricação da clínica da equipe com a gestão. No entanto, todas as dinâmicas paranóicas da gestão⁷⁶ estiveram presentes em vários momentos do grupo. Uma das conclusões já mencionadas, e que os coordenadores amadureceram durante o grupo, é que teria sido importante investigar a possibilidade de materializar a presença da gestão na roda periodicamente abrindo-a para que nela entrassem, concretamente, as pessoas do sistema envolvidas com as redes de poder discutidas no grupo⁷⁷. A hipótese é que o GBP pudesse se converter esporadicamente em um espaço protegido de mediação de conflitos.

Um aspecto que é importante destacar a respeito da relação dos trabalhadores da atenção básica com a gestão, é o grau de mitificação. Para os trabalhadores a “máquina gerencial” e os gestores ganham um contorno fantasmático. Foi um balisador importante no grupo, quando, durante o curso, duas participantes do grupo resolveram experimentar o cargo de gestoras de unidades básicas, alterando seu papel no sistema. O relato pontual destas duas participantes sobre suas experiências iniciais no mundo da gestão, revelou para o grupo outro lado. Elas relataram que nos dois primeiros encontros de coordenadores de unidades elas se surpreenderam de como as reuniões de coordenadores no Distrito eram marcadas por uma tendência de mostrar apenas o lado positivo das situações, evitando apresentar as dificuldades. Evitava-se falar de dúvidas e de problemas na gestão das unidades. A fragilidade e a ignorância eram como que proibidos. Elas contaram que foram sutilmente aconselhadas pelos pares (coordenadores de unidades) a não se exporem. Este diagnóstico se confrontou com a idéia de “superioridade” da gestão que parecia implícita ao grupo. O fato trouxe para o grupo uma dimensão de fragilidade humana dos gestores e da dinâmica institucional. Esta fragilidade e uma certa inércia nos processos de decisão contrastava com a fantasia de suposto

⁷⁶ Ainda que se trate de uma gestão extremamente avançada em relação à média do SUS.

⁷⁷ Na experiência seguinte com GBP, esta proposta tem sido tentada, mas não obteve adesão adequada do gestor das equipes, que parece temer entrar na roda.

saber, de onipotência e de direcionalidade (acertou porque gosta de mim, errou porque não gosta de mim). Possibilitou perceber a gestão e as instituições, sobretudo, como composta de sujeitos, com seus poderes, co-produzidos e humanos. Demasiadamente humanos. Esta possibilidade de olhar de maneira crítica sobre a gestão e as instituições, foi uma oferta dos coordenadores do grupo durante todo o tempo. Chamamos a atenção constantemente para a possibilidade de que numa instituição real, feita de gente de carne e osso, existem saberes, mas existe o não saber, em todos os atores. Caberiam, portanto, enfrentamentos, protagonismos e contratos. Enfim, a co-gestão seria não somente necessária mas também possível. No entanto, a transformação das participantes em gestoras de unidade deu mais consistência a estas análises. Embora não tenhamos analisado objetivamente o impacto na relação com os gestores, podemos dizer que a experiência contribuiu para enfrentar o desafio Paidéia da co-gestão, ao menos com um aumento de capacidade crítica para auto-proteção no jogo institucional. Um ótimo começo para o desafio de construir ágoras democráticas, para homens que não recusam o poder que tem (ou como diz Luiz Fuganti, não estão separados do que podem).

Foi possível, no plano da atenção básica, em um determinado distrito de saúde, constituir um lugar privilegiado de observação. Fica evidente, apesar de declarações contrárias e mesmo da vontade de parte dos gestores, que existe uma produção subjetiva que reforça a subordinação da maioria às instâncias de poder. Esta produção subjetiva raramente entra em análise, mas define fronteiras, papéis, discursos, silêncios... As questões que se desdobraram dos conflitos e desafios gerenciais experimentados no grupo remetem ao tema das possibilidades de construção / invenção de uma “nova instituição” / organização. Na prática tem-se trabalhado, principalmente a partir de toda a experiência no campo da saúde mental, com idéia de pluri-institucionalidade, apostando que a “liberdade” estaria no reconhecimento e na construção da pluralidade das instituições. De uma certa maneira a experiência que descrevemos apostou nisto, uma vez que constituiu um espaço híbrido entre **instituição de ensino, gestão e uma comunidade de prática**.

O grupo BALINT PAIDÉIA deu visibilidade às crises do mundo contemporâneo, produziu tensões com “identificações estáveis”, porém simplistas, muito próximas de “palavras de ordem”: “SUS”, “modelos usuários centrados”, “co-gestão”, “clínica ampliada”, “A Medicina”, “A Enfermagem”, “a UNICAMP”, “Os Trabalhadores”, “A

Missão"... Foi possível perceber que não havia milagre ou solução definitiva, embora tenha havido sempre uma expectativa de que pudessem existir ou aparecer. Se dar sentido à existência no trabalho, como queria Taylor, pelo dinheiro, pelo gozo adiado do *homo economicus*, é bastante difícil (até porque a recompensa pecuniária no SUS não se destaca pela abundância), buscar dar sentido ao trabalho por qualquer outra identificação estável ou palavra de ordem, também não parece ser mais possível (ao menos não totalmente), ainda mais em um espaço grupal que não fugiu da complexidade. Foram possíveis tímidas experiências em direção a aprender a jogar mais pelo prazer de cada jogo, do que pelo campeonato.

O grupo enfrentou com maior ou menor consciência uma organização gerencial municipal ainda normativa, maniqueísta, pouco tolerante a conflitos e diferenças, além de outras instituições de presença inconstante, porém não menos contundente (o tráfico, a polícia, o conselho tutelar, as corporações profissionais etc.). Todo este movimento exerceu pressões de transformações e enfrentamentos destas organizações e instituições. Esta experiência convida-nos então a imaginar a possibilidade de uma instituição a ser inventada, menos faminta por palavras de ordem, e mais tolerante com identificações transitórias, porém intensas. É sintomático neste sentido, que embora a experiência grupal tenha colocado em análise muitas identidades fixas, que de alguma forma exerciam um poder mitificador, ela tenha possibilitado a experimentação / criação de certa identidade e grupalidade "dos profissionais" da rede que muito pouco se encontram, ou se conhecem.

CAPITULO IV

Coordenação, responsabilização clínica e relação da atenção básica com serviços de especialidade

CASO D. Francisca

descrito na p 105

CASO Telma e Júlio

descrito na p 96

As duas histórias foram relatadas por equipes dedicadas, que se responsabilizam por sua clientela, até o limite de suas forças. No difícil contexto em que trabalham, com clientela adscrita (e não adscrita) acima de suas capacidades, com transporte para visitas domiciliares precário e com péssimas condições de vida da população assistida, estas equipes adotam uma posição “heróica”. É preciso destacar este fato antes de abordar alguns temas importantes que estes dois casos suscitam.

Um tema que já era apontado por BALINT é o chamado “o conluio do anonimato”. Para BALINT haveria um vácuo entre o generalista e o especialista, nos casos complexos, que acabava servindo de mecanismo inconsciente de defesa para que ninguém de fato assumisse o paciente “difícil”. Em muitos casos este vácuo teria uma função protetora para os trabalhadores, na medida em que permitia um “ping-pong” do paciente entre os vários serviços de saúde e uma certa indefinição de responsabilidade. Um aspecto complementar ao conluio do anonimato, mas que, num contexto de dificuldade de acessos aos serviços, ganha contornos preocupantes, é que muitas vezes o paciente nem chega ao outro serviço. Os serviços, embora na prática compartilhem o cuidado de vários usuários, comunicam-se, quando obrigados, através de “encaminhamentos”, papeizinhos anexados aos usuários, contendo mensagens que se acredita que dispararão as ações cabíveis ao outro serviço. O método lembra a “mensagem de garrafa de naufrago”. É como se o paciente, com sua mensagem de encaminhamento, fosse ao mesmo tempo naufrago e garrafa de mensagem, jogado à própria sorte no oceano, que separa muitas vezes o trânsito de um serviço de saúde a outro. O fato é que o chamado “conluio do anonimato” apontado por BALINT configura-se freqüentemente mais radical, pois o paciente muitas vezes chega a fazer um “ping-pong”, perdendo-se no meio da viagem.

Mas o que nos interessa destacar aqui é a forma como um serviço enxerga o outro, ou o padrão de subjetividade que as equipes constituem nas relações umas com as outras no contexto específico do SUS atual. Se os problemas são complexos, e existe a necessidade de ação sinérgica entre serviços e profissionais, mas isto não acontece, é evidente que este é um campo fértil para que floresça uma cultura institucional que se caracteriza por lidar com as dificuldades e frustrações, projetando no “outro” todos os problemas e incômodos, em detrimento da análise de possíveis responsabilidades e co-produção do problema. Desta forma é comum, talvez até mais acentuadamente nos serviços de ensino, o cultivo de uma certa animosidade entre serviços e entre especialidades. Apesar da óbvia relação de complementaridade que diferentes serviços, especialidades, disciplinas e corporações profissionais guardam entre si, constrói-se um imaginário de mútua exclusão e competitividade. Então, se um problema de saúde é de “minha” responsabilidade, automaticamente não é do outro. E se é do outro não é minha. Por extensão: se este **saber** é “meu” não é do outro e vice-versa. Vê-se instituída, na medida em que proliferam especialismos, uma clara desresponsabilidade com o sujeito acometido de uma ou várias doenças. Evidentemente o modo de gestão das organizações e do sistema, marcado pelo taylorismo, contribui acentuadamente: a concentração de poder nas corporações, a separação entre quem pensa e decide de quem executa o trabalho, etc. A proposta da Equipe de Referência e Apoio Matricial (CAMPOS 2007) no campo da gestão é portanto fundamental. No entanto, esta proposta não depende somente de uma mudança formal, mas também de um outro padrão de subjetividade. Trata-se de acreditar que, embora eu não seja neurologista ou ortopedista eu preciso e posso entender quais são as propostas, as expectativas e os motivos destes especialistas em relação ao Sr. Júlio ou a D. Telma. E mais ainda do outro lado, trata-se de perceber que embora eu seja um ortopedista ou um neurologista, por mais que eu me esforce eu não terei acesso a uma série de informações e recursos que os profissionais da atenção básica podem dispor, e que estes profissionais da atenção básica, de posse de uma compreensão mais clara das minhas intenções como especialista, poderão inclusive modular a minha conduta. Esta mudança de subjetividade pode ter bases concretas na gestão com as equipes de referência e apoio matricial e uma base clínica na atividade de coordenação.

É preciso (re) afirmar que esta capacidade de coordenar casos clínicos não pode se restringir nem à Atenção Básica e nem aos profissionais médicos:

A enfermeira Sandra coordenava um pequeno estabelecimento de saúde, ligado à FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), no qual vários indígenas de diferentes povos ficavam “hospedados” enquanto aguardavam ou se recuperavam de internações e procedimentos hospitalares. Em situações de adoecimento a maior parte dos povos indígenas costuma abordar a situação de uma forma coletiva, agregando fortemente o núcleo familiar durante os tratamentos. No serviço de saúde coordenado por Sandra muitos indígenas estão acompanhados de suas famílias, o que torna a gestão dos projetos terapêuticos durante a internação, mais complexa. Além disto existem rituais e hábitos específicos de cada povo em situações de adoecimento. Sandra e sua equipe aprenderam a lidar com estas variáveis e conquistaram junto ao hospital uma série de possibilidades, como realização de rituais em UTI’s e enfermarias – quando necessário-, adequação alimentar a cultura de cada doente, negociação de procedimentos levando em conta a cultura de cada povo etc. No decorrer dos anos o Hospital se tornou, em comparação com outros serviços, uma referência. Mesmo assim, sendo um hospital terciário, Sandra se via frequentemente fazendo a coordenação de casos. Akawe tinha em torno de 40 anos e viera fazer uma cirurgia de varizes. Quando retornou da enfermaria para a Casa de Apoio, Sandra conversou com ele e avaliou o curativo. Estava tudo bem. No dia seguinte, no entanto, notou que ele não estava se levantando da cama e – mais estranho ainda – estava com o lençol puxado até o pescoço. Sandra, antes de ir até o leito conversar com ele, ainda observou um pouco a situação, notando que havia um certo clima jocoso dos familiares e amigos em relação a ele. Quando procurou saber o que estava se passando descobriu que Akawe estava “medicado” com meias de alta compressão. O cirurgião as havia prescrito dizendo que deveria “usar sempre”. Sandra se conteve para não rir também. Menos de Akawe do que da ignorância do cirurgião: “Imagine... um índio no Xingu andando pelas matas de meias de alta compressão”. Sandra saiu dali e agendou uma consulta com o cirurgião. Desta vez ela foi junto. Chegando lá explicou os possíveis inconvenientes e dificuldades da conduta, buscando outras alternativas e perguntando se o hábito de dormir em redes não podia beneficiar o retorno venoso. O cirurgião reconheceu os inconvenientes das meias na floresta e propôs não usar meia alguma. Recomendou, na medida do possível, aumentar o tempo de rede durante o dia.

A coordenação, neste caso, é feita pela enfermagem e as informações obtidas através do vínculo e de uma abordagem mais global contribuem para definições de conduta importantes.

Voltando às experiências iniciais relatadas inicialmente no GBP: destacaram-se como fato comum a aceitação passiva de condutas dos “serviços de especialistas”. Condutas no mínimo suspeitas. Por que aceitar como dado inelutável uma piora pregressiva da confusão mental num paciente em pós operatório para neurocisticercose? Por que aceitar que uma senhora com fratura de fêmur esteja condenada à invalidez, mesmo que realmente ela tenha tido ou tenha um diagnóstico de anemia? Como não ocorreu a estas equipes dirigirem-se de alguma forma aos serviços

de especialidade, ou a outros serviços de especialidade, para checar informações? Não é razoável atribuir estes dois descuidos ao desconhecimento técnico. Ao serem indagados sobre o assunto ambos os profissionais que relatavam o caso no grupo perceberam o “lapso”. Não se tratava de algo que não conheciam. Existe uma desresponsabilização parcial por um tipo de problema de saúde que não é considerado da alçada dos profissionais da Atenção Básica, mesmo que a aceitação da sentença equivocada dos serviços de especialidade tenha provocado um grande dispêndio de energia e frustração em ambas as equipes.

A hipótese de conluio de anonimato, apontada por BALINT, continua parcialmente verdadeira, mas está complicada por vários outros fatores, inclusive a característica brasileira de tomar na atenção básica a responsabilidade pelas ações do chamado campo psico-social. Herança talvez de uma tradição que atribuía para a atenção básica o papel essencialmente de prevenção e promoção de saúde (daí que hoje sejam conhecidas as Unidades Básicas de Saúde ainda como *Postos de Saúde*). Permanece no entanto, em relação aos especialistas, uma sensação de inferioridade, uma perpetuação de relação “professor – aluno” (no pior sentido que esta relação pode ter), provavelmente corroborada pelo usuário, que freqüentemente também acredita que o especialista é quem sabe “mais” e cobra da equipe o acesso a ele. Mas agrega-se a esta dimensão subjetiva da população e dos profissionais a falta de clareza das políticas para atenção básica no SUS, quanto aos papéis essenciais da atenção básica no sistema de saúde. Evidentemente não se trata apenas de desconhecimento, trata-se também de opções políticas, econômicas e culturais que resultam numa certa tendência. Trata-se de não admitir e proclamar aos quatro ventos a centralidade de um saber baseado no vínculo, no seguimento e na construção de um conhecimento, cujo mérito principal é ser “singular” e não generalizável (embora exatamente por isto inclua - e não negue - o geral/universal). É desta forma que os especialistas acabam perpetuando a valorização social do seu conhecimento em relação aos generalistas⁷⁸ e outros profissionais de saúde, como

⁷⁸ Em relação a nomenclatura de médicos generalistas, médicos de família e especialistas em medicina de família e comunidade, como definido no Brasil, concordo com as observações de GERVAS (2006) “En el mundo se suele llamar médico general al médico de Atención Primaria. En EE.UU. y en los países de su influencia, la Medicina General viró a Medicina de Familia como única forma de lograr su reconocimiento como especialidad en los pasados sesenta. En La Unión Europea (25 países, cuatro millones de kilómetros cuadrados, y 450 millones de habitantes) la Medicina General es una especialidad que exige cuatro años de post-gradó y que conserva tal nombre en la mayoría de los países. Aunque la profesión médica está cada vez más feminizada (sobre todo en Atención Primaria), se emplea el masculino por conveniencia. También por razones de conveniencia hablamos de “especialistas” respecto a los especialistas que no lo son en Medicina General/de Familia.”

dentistas e enfermeiros. Em que seriam “especialistas” os profissionais da atenção básica? Na sua clientela adscrita, tenha ela o perfil que tiver⁷⁹. Tudo isto tem haver com esta característica fundamental e desconhecida da atenção básica que é a coordenação. Fazer a coordenação implica uma disponibilidade para o diálogo interdisciplinar, sem a pretensão de tomar o lugar de cada disciplina, mas com a ousadia de pensar para além de todas elas. Europeus e norte-americanos muitas vezes chamam esta atividade de “*advocacy*” (STARFIELD: 2002), o que demonstra a forte âncora no vínculo e no diálogo com os pacientes, na busca de defesa dos seus interesses dentro do mar de serviços de especialidades em que muitas vezes os usuários estão navegando. Porém, esta palavra pode desqualificar o forte componente técnico que existe na atividade de coordenação, ao vislumbrar várias possibilidades de diagnóstico, vários diagnósticos, compreendê-los minimamente, aventar os riscos acumulados, traduzir de forma compreensível para pacientes e familiares, ponderar conjuntamente limites e possibilidades, custos e benefícios. Evidentemente, tal atividade precisa de mais suporte teórico e alguma legitimidade cultural, uma vez que produz uma certa insegurança na medida em que se contrapõe à ideologia da ciência positiva ao não se proclamar a eliminação da incerteza, mas sim assumi-la enfrentando as decisões apesar dela. Adiante se discutirá como a clínica ampliada, sob um certo ponto de vista filosófico, pode ser uma importante contribuição para a articulação de diferenças e composição de sínteses singulares.. A clínica ampliada, tal como ela se delineia, incorpora e valoriza a coordenação. Como apontado anteriormente contrariando o que esta implícito em muitos textos sobre atenção primária (STARFIELD: 2002), a atividade de coordenação não é necessária somente na relação da atenção básica no sistema de saúde, mas também nos serviços de saúde complexos, como enfermarias e UTI's em que os pacientes muitas vezes estão sob os cuidados de vários profissionais.

Abaixo uma pequena tabela com um diagnóstico baseado na experiência com o GBP, do tema da coordenação e a relação da atenção básica com serviços de especialidade.

⁷⁹ “las características básicas clínicas del médico general son el control de la incertidumbre, la coordinación de cuidados en pacientes con múltiples enfermedades, y la especialización en “lo frecuente”3-5. (GERVAS, J. e FERNANDEZ M.P. em **Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo**” texto se basea en la presentación del primer autor en el “*First Seminar of Primary Care*”, celebrado en la Facultad de Medicina de La Universidad de Sao Paulo (Brasil), del 22 al 24 de marzo de 2006.

	<i>Atenção Básica</i>	<i>Especialistas</i>	<i>Gestores</i>
Confusão sobre o papel da ABS	Transferência de temas para especialistas. Coordenação fraca	Grande desconhecimento sobre ABS. Atividade restrita ao núcleo. Sem disponibilidade para APOIO	Desconhecimento e ação baseada em tradição. Não costuma fazer contratos entre o serviços exceto protocolares
Afetos envolvidos	Sensação de inferioridade. “Aluno” em relação ao especialista.	Sensação superioridade. “Professor” em relação ABS	Medo de enfrentar profissionais especialistas e dialogar sobre contratos e papéis de cada um.
Culpabilização dos “outros serviços” pelas dificuldades	freqüente	freqüente	freqüente

CAPÍTULO V

Neste capítulo buscou-se desenvolver as possíveis relações entre a clínica ampliada e outras abordagens teóricas afins. Todas estas contribuições participaram, com maior ou menor intensidade, e de uma forma um pouco aleatória, das ofertas durante a condução dos grupos. Esta estratégia também busca contribuir para que cada membro do grupo reinvente a sua prática clínica compondo, das diversas ofertas, um “cardápio pessoal” de instrumentos de abordagem clínica.

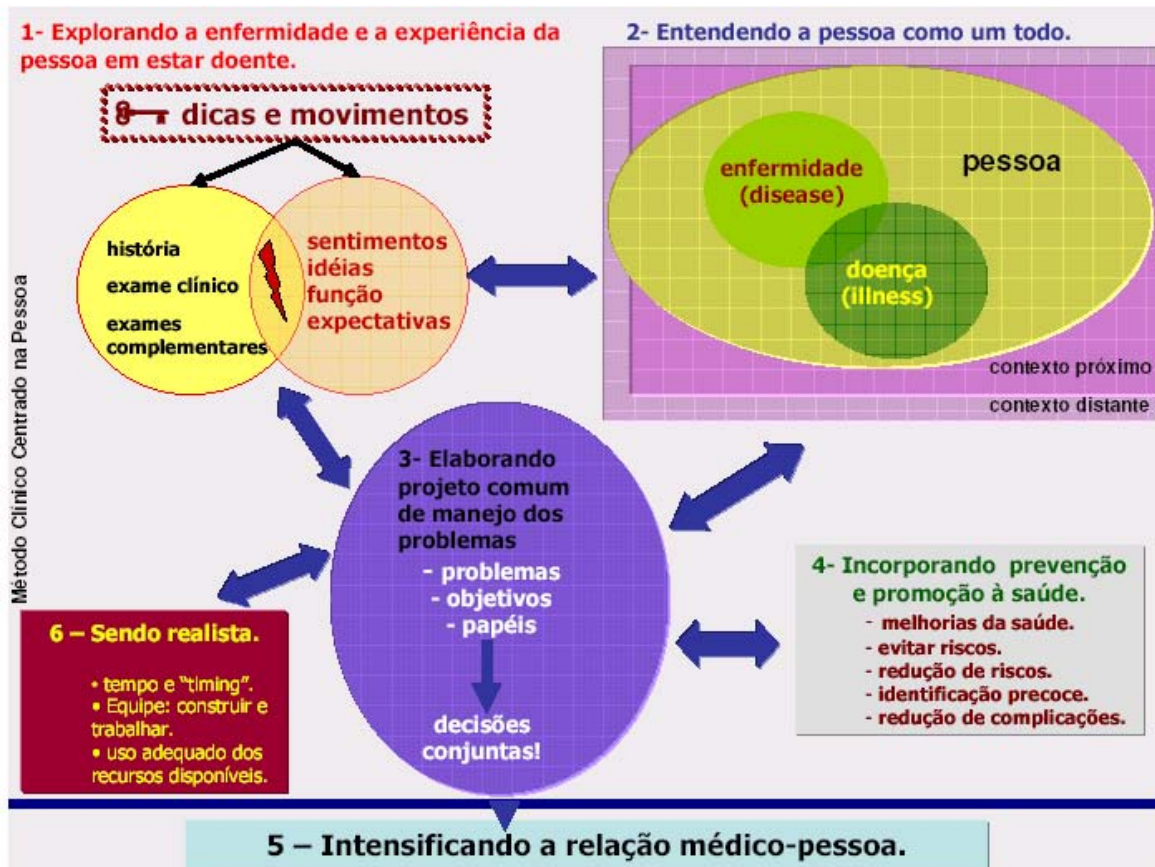
A Clínica Ampliada e o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)

A proposta de clínica ampliada tem afinidades com diversas formulações teóricas que buscam enfrentar os limites da clínica tradicional, como por exemplo as formulações de M. Balint. O MCCP é uma formulação mais recente, que se destaca por ser derivada de praticantes da clínica na atenção primária e pela síntese de diversos saberes e disciplinas de modo prático. Aqui se buscará descrever brevemente o método e apontar semelhanças e diferenças com a clínica ampliada. Utilizou-se como referência a dissertação de mestrado de LOPES (2005) que pesquisou o MCCP na prática de médicos de família e comunidade no Rio Grande do Sul.

Segundo Lopes (2005), o método clínico centrado na pessoa foi criado por Levenstein, um médico da África do Sul, que no início da década de 80 do século passado, lecionou como professor convidado no Departamento de Medicina de Família da Universidade Western Ontario, no Canadá. A partir de então criou-se um grupo de pesquisa que sistematizou o método publicando-o no livro *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method* de Stewart M. e cols (2003). LOPES (2005) lembra que o método tem seis componentes, mas que a chave da sua utilização é a habilidade de transitar por eles:

“Estes seis componentes interativos são apresentados separadamente (Figura 4), mas na verdade estão intrinsecamente interligados, conforme representado no diagrama da Figura 5. O médico habilidoso move-se empenhadamente para frente e para trás, entre os seis componentes, seguindo as “deixas” ou “dicas” da pessoa. Esta técnica “de ir e vir” é o conceito chave em utilizar e ensinar o método clínico centrado na pessoa e

requer prática e experiência. (LOPES: 2005)



Abordagem Centrada na Pessoa

1.Explorando a enfermidade e a experiência com a doença.

- História, Exame clínico, Laboratório;
- Dimensão da doença (illness) – sentimentos, idéias, efeitos na função, expectativas;

2. Entendendo a Pessoa como um todo, inteira.

- A Pessoa – história de vida, aspectos pessoais e de desenvolvimento.
- O contexto próximo – família, emprego, comunidade, suporte social.
- O contexto distante – cultura, comunidade, ecossistema.

3. Elaborando projeto comum de manejo.

- Problemas e prioridades.
- Objetivos do tratamento e ou manejo.
- Papéis da Pessoa e do médico.

4. Incorporando prevenção e promoção da saúde

- Melhorias da saúde
- Evitar riscos; Redução de riscos.
- Identificação precoce.
- Redução de complicações.

5. Fortalecendo a relação médico-Pessoa.

- Compaixão.
- Poder.
- Cura.
- Autoconhecimento. (AWARENESS)
- Transferência e contra-transferência.

6. Sendo realista.

- Tempo e “timing”.
- Equipe: construir e trabalhar.
- Uso adequado dos recursos disponíveis.

Figura 4 – Os Componentes da Abordagem Centrada na Pessoa.
Fonte: adaptado de Stweart, 2003.

Existem muitas semelhanças entre o MCCP e a Clínica Ampliada. O MCCP assume a necessidade de uma flexibilidade entre os diversos “movimentos”. Não é um roteiro fixo, cada movimento influencia o outro e está marcado por uma “negociação” entre o profissional e o paciente. Este é um aspecto central em que é muito semelhante à Clínica Ampliada.

Os três primeiros componentes: explorar a enfermidade, entender a pessoa inteira e elaborar um projeto comum de manejo também são itens compatíveis com o que a clínica ampliada propõe como manejo. Sobretudo, porque no MCCP a busca de uma compreensão da pessoa inteira (que poderia ser uma diferença mais importante com a clínica ampliada, que entende o sujeito de forma relativamente mutante), parece não se prender a um idealismo de integralidade, mas procura privilegiar os aspectos que a pessoa traz como relevantes no encontro clínico. O quarto componente, das ações preventivas, não é necessariamente conflitante, dependendo de como se entende a produção das verdades científicas neste campo, de como se negocia com a “pessoa” (reconhecendo ou não os desejos) e de como se lida com a questão do medo diante dos riscos apresentados (“paixões tristes”⁸⁰). A proposta da prevenção quaternária⁸¹ também aproximaria as duas propostas. No quinto componente (valorizando a relação clínica) LOPES (2005) destaca importância da longitudinalidade e do vínculo. No entanto, na clínica ampliada valoriza-se fortemente a presença do inconsciente, das transferências e conseqüentemente da incerteza. A clínica ampliada, assim como BALINT, neste aspecto da abordagem da subjetividade das relações terapêuticas, reconhece uma grande complexidade e recusa fortemente soluções mais prescritivas (por exemplo, a palavra “compaixão” inspira preocupação). Adota, por outro lado, uma posição analítica, valorizando mais a possibilidade de se reconhecer a existência de afetos não desejáveis (como a “raiva”, por exemplo) do que a possibilidade de se evitar estes afetos. Esta talvez seja uma diferença importante. É muito interessante que o MCCP, assim como clínica ampliada e BALINT, introduzam o debate sobre o “tempo” necessário para uma consulta, refutando uma busca de tempo mínimo ideal e convidando a um investimento no vínculo e no seguimento longitudinal .

⁸⁰ Paixões alegres e paixões tristes são conceitos do filósofo Espinoza.

⁸¹ Este quinto nível de prevenção visa detectar indivíduos em risco de sobretratamento (*overmedicalisation*), de forma a protegê-los do intervencionismo médico inapropriado, além de visar capacitar os utentes enquanto consumidores de cuidados de saúde. (ALMEIDA: 2005)

Em seguida listamos algumas possíveis diferenças:

Clínica Ampliada	MCCP
Construído a partir da clínica de vários profissionais, do campo da gestão (método paidéia), contribuições da filosofia e da psicanálise	Construído principalmente a partir da experiência clínica do médico na atenção primária
Não reconhece explicitamente este tema.	Explicita questão do limite de tempo (timing) e do princípio de realidade como um dos componentes da prática
Conectado com outros dispositivos e métodos de gestão: co-gestão, PTS, acolhimento, equipe de referência e apoio matricial	Sem conexões diretas com outros dispositivos.
Valoriza outras racionalidades médicas e sistemas de cura	Não valoriza explicitamente outras racionalidades médicas
Para profissionais da atenção primária e de outros serviços de saúde, inclusive o médico	Para os profissionais médicos da atenção primária
Conceito de sujeito co-produzido, social e individual não são separados radicalmente. Forte reconhecimento do desejo como dimensão do sujeito	Conceito de “Pessoa”, sem destaque especial o desejo e contexto ainda “externo” à pessoa.
Presença de uma crítica epistemológica à biomedicina e outros recortes disciplinares	Presença de uma crítica à consulta médica tradicional, sem uma crítica epistemológica evidente.
Grande destaque para o trabalho em equipe e a grupalidade	Trabalho em equipe reconhecido, porém bem menos destacado
Enfatiza percepção das relações de poder em que o sujeito está imerso (instituições, gênero, classe social etc) e politiza a clínica	Reconhece as relações de poder porém sem tanta ênfase. Valoriza o conceito de empowerment.
Aposta também no suporte ao profissional e na grupalidade para a capacidade clínica e aumentar a capacidade de lidar consigo mesmo e com aspectos inconscientes. (PTS, Equipe, GBP)	Aposta fortemente na dimensão cognitiva

Existe uma boa possibilidade de que o MCCP possa ser usado juntamente com a proposta de clínica ampliada produzindo um duplo enriquecimento da prática clínica. Esta hipótese requer maior investigação.

O Diagnóstico Tradicional e o “Flash”

Um dos pontos de partida de BALINT é a constatação da insuficiência do que os autores chamam de “diagnóstico tradicional” para a compreensão da clínica na atenção básica⁸². Muitos pesquisadores que estudam a clínica na atenção básica vão reafirmar que em um serviço com muita qualidade cuida-se muito bem das pessoas sem chegar a um diagnóstico preciso em 50% dos casos (CROMBIE: 1963)

Para Balint e cols. o desconhecimento deste fato e a busca por um diagnóstico mais refinado podem ser extremamente danosos:

⁸² Neste livro a prática do *general practioner* na atenção básica (ou primária) é traduzida como “clínica geral”

"De fato, o paciente, muitas vezes, é altamente prejudicado do ponto de vista de sua saúde ou sobrevivência quando o diagnóstico tradicional é demasiado refinado. Os melhores, mais detalhados e melhor fundados diagnósticos são em geral apresentados nas conferências clínico-patológicas, quando o paciente já está morto.

O diagnóstico tradicional corre o risco de poder ser usado pelo paciente e pelo médico como uma defesa contra a descoberta de conflitos emocionais subjacentes às afecções orgânicas" (idem).

CROMBIE (1963) acrescenta que o diagnóstico orgânico é um passo para o manejo do paciente:

"the genralist who uses the diagnosis as a stepping stone to the management of any particular problem clinical or social, would be content often with something even less defined" (CROMBIE: 1963)

Voltando à BALINT, As expectativas irreais com que os médicos enxergavam o diagnóstico tradicional eram um dos motivos de busca espontânea dos grupos BALINT, pois muitas vezes havia o :

(...) "sentimento incômodo de que nossos diagnósticos tradicionais e os tratamentos e prognósticos baseados nesses diagnósticos não têm relação com as verdadeiras circunstâncias da situação do paciente" (BALINT E. e NORELL J. S. 1976)

Desta constatação os estudos de M. BALINT e Enid BALINT levaram à formulação do conceito de DIAGNÓSTICO GERAL. Consideraram que era necessário *"um diagnóstico mais abarcante, mais profundo ou mais amplo, que permitisse formular planos de tratamento mais adequados"* (BALINT E. e NORELL J. S. 1976).

"Tornou-se um de nossos objetivos a apresentação de um diagnóstico que desse uma vista geral da condição física e emocional do paciente, e de seus relacionamentos consigo mesmo e com os outros, inclusive o médico - um diagnóstico global ou geral; como o chamamos." (BALINT E. e NORELL J. S. 1976)

BALINT e cols. exemplificam relatando a história de uma paciente que apresentava inicialmente o diagnóstico tradicional restrito a "asma". Em seguida, este diagnóstico foi se ampliando:

"Asma, sendo esta mais confortável que os problemas que disfarça, por exemplo, medo de ser afetada pela enfermidade mental familiar; e dificuldades relacionadas aos homens." Isto foi ampliado durante as

discussões do caso para: "A paciente se divide entre seus terapeutas, provocando rivalidade e competição entre eles. Está criando confusão para a pessoa que realmente está com seu caso, apresentando seus conflitos emocionais para os psicoterapeutas e sua asma para o clínico geral, mas, ao mesmo tempo, também apresentando a cada um problemas que estariam sob encargo do outro. Ela faz o mesmo com os outros, e tem medo de ser deixada na "concha". Este sentimento é um reflexo da imagem que tinha sua mãe dela, como pessoa feia e inútil, embora o médico a considere uma mulher atraente, que parece mais jovem que sua idade." Um ano depois, o médico relator acrescentou que os ataques da paciente costumavam acontecer sempre que era inquirida sobre um homem ou quando se defrontava com dificuldades aparentemente insolúveis. A asma parecia ser um pedido de ajuda, um pedido para que o médico a controlasse e não a deixasse ficar doente.

Com este exemplo há uma contínua ampliação da compreensão da vida subjetiva da paciente e da relação desta com diagnóstico tradicional. Os pesquisadores destacam as vantagens do diagnóstico geral:

O diagnóstico geral difere do tradicional pelo fato deste ser um conceito mais ou menos estático, quando o primeiro é móvel, já que é variado ou ampliado em cada entrevista (...) Permite um quadro de um ser humano cujos conflitos e sofrimentos podem ser percebidos e compreendidos. Num sentido, é feito sob medida; as ações do médico são baseadas não mais em probabilidades estatísticas, mas nas necessidades específicas do paciente.

Os pesquisadores lembram que sempre provocaram polêmica ao afirmarem que o diagnóstico geral é centrado no paciente, uma vez que os profissionais que utilizam o diagnóstico tradicional também acreditam que seu diagnóstico é centrado no paciente.

Sem dúvida, a maior parte, senão todos os médicos sentem necessidade de uma prática médica baseada no paciente, mas por tradição e treinamento clínico estão voltados para a medicina centrada na enfermidade. A desilusão muitas vezes sentida quando a medicina centrada na enfermidade e o diagnóstico fracassam - seja por conta de mudanças inexplicáveis do distúrbio, dos sintomas, recuperações espontâneas ou deteriorações súbitas - é uma expressão da distância entre a tradição clínica e as intenções do médico.

É interessante notar como os condicionamentos dos Filtros Teóricos (CUNHA: 2005), direcionando a conversa entre profissionais e pacientes, contribuem na compreensão desta dificuldade dos médicos. Mas os pesquisadores destacam que no caso clínico apresentado talvez fosse possível imaginar que "muitos médicos, caso a tivessem examinado, teriam coletado parte ou todos os dados do diagnóstico geral." No entanto, na

maioria das vezes este conhecimento não seria utilizado e teria

permanecido fora do foco de atenção, sendo tratado como não verdadeiramente relevante, ou sendo visto como relacionado a fatores que não pertencem ao campo do médico ou como algo pelo que nada pode ser feito. De qualquer modo, a menos que se formule um diagnóstico geral adequado, não pode ser usado como uma base racional para o plano de tratamento ou o prognóstico, exceto do modo mais vago possível.

Podemos acrescentar o depoimento recente de um estudante de medicina do quinto ano, sintetizando as dificuldades de praticar uma clínica ampliada:

“se eu quisesse ouvir as pessoas eu teria feito psicologia. Além disto, ficar sabendo da situação emocional ou social não adiantar nada, pois não poderei mudar nenhuma delas. Por último, se eu ficar ouvindo muito eu é que vou precisar de psicólogo” (estudante de medicina)

BALINT e pesquisadores destacam justamente as implicações do diagnóstico geral como o ponto central da sua superioridade sob o diagnóstico tradicional. E descrevem estas implicações dando continuidade ao relato iniciado acima:

Depois da consulta inicial, o médico pensou que devia concentrar-se sobre a agressividade que a paciente mostrava frente a ele e a seu padrão, naturalmente porque seu ressentimento não tinha outra escolha. Ele queria que a paciente expressasse sua raiva, queria mostrar que podia suportá-la e que seria melhor que ela a liberasse. Também queria impedir que ela o tornasse pouco efetivo, como percebeu que a paciente tentava pela divisão de seus problemas entre seus colegas, ele e os dois psicoterapeutas. Isto se baseava no sentimento de que ela realmente precisava do médico como alguém em quem apoiar-se. O médico apresentou um relato de seguimento três anos depois da entrevista inicial e descreveu as mudanças do tratamento planejado durante este tempo. Nesse ínterim, a paciente mudara de emprego; estava se preparando para ser assistente social. Experimentara algumas dificuldades com seus instrutores porque tentara agradar demasiado a todos, e dificuldades similares com sua mãe e namorado. Há mais de dois anos que não tinha ataque de asma. O médico a vinha ajudando a tornar-se independente da mãe (em outras palavras, a remover sua necessidade de ataques de asma), a atingir um grau de maturidade sexual (de cuja aquisição o namorado era um sinal) e, de modo paternal, a ter mais auto-confiança. Também decidiu não se comunicar mais com o terapeuta.

Os pesquisadores tentavam neste momento demonstrar que existia uma operacionalidade num campo em que os profissionais costumam se esquivar, considerando-os externos ao seu objeto de trabalho, ou seja, fora da sua

responsabilidade profissional. Abaixo a síntese do diagnóstico geral sobre este caso:

- 1- a paciente usava sua asma como fuga,
- 2- como um pedido de ajuda,
- 3- como uma exigência face ao médico para que a controlasse;
- 4- e ela se dividia (seus problemas) entre os que tentavam ajudá-la.

As ações decorrentes e a evolução:

“O plano do médico de permitir-lhe expressar sua agressividade derivou diretamente de (1), obter independência da mãe de (2), e de ajudá-la a controlar sua agressividade de (3). Estes objetivos foram alcançados? Um relato de seguimento um ano mais tarde nos mostrou que a paciente tinha passado por uma situação de crise. Sua irmã, de quem era muito íntima, morrera, e a paciente experimentara alguma tensão no trabalho, mas não tivera mais asma. Dera alguns passos no sentido de ganhar independência e mais auto-confiança, pois fora capaz de controlar seus sentimentos de agressividade com ajuda do médico.” (BALINT E. e NORELL J.S. 1976)

A partir de um certo momento, apesar das avaliações favoráveis em relação ao diagnóstico geral, BALINT e colaboradores se depararam com as condições e técnicas da anamnese para a obtenção deste diagnóstico geral no contexto do sistema de saúde inglês:

“Aqui nos defrontamos com uma contradição curiosa e perturbadora. Foi uma máxima de nossa escola de pensamento não seguir o curso tradicional de levantamento da história (isto é, fazendo perguntas padronizadas), mas, sim, observar o paciente, deixá-lo falar e "ouvir" (no sentido em que Balint (1957) empregava este termo). Sabíamos muito bem que interrogar um paciente sobre os fatos de sua situação vital não era, em geral, o melhor método para elucidar seus sentimentos sobre aqueles aspectos de sua vida. As perguntas quase sempre põem as pessoas na defensiva, e só os fatos propiciam um insight dos seres humanos” (BALINT E. e NORELL J.S. 1976)

Na medida em que os casos eram discutidos no grupo, muitas vezes os médicos eram convidados a voltarem a fazer a história clínica com vistas a obter novas informações. Este procedimento era demorado, delicado e muitas vezes não se adequava à dinâmica de trabalho (tempo médio de consulta) do GP. Parece ter sido um momento difícil para o grupo de pesquisa:

“Estávamos envergonhados, porque pensamos que tínhamos feito um bom trabalho em muitos casos com consultas rápidas, e sentimos em nosso próprio interior que o argumento era irrespondível. Chegou-se mesmo a proclamar no seminário que os resultados de nossa pesquisa tinham mostrado que os aspectos gerais e emocionais da enfermidade de um paciente não podiam ser tratados em consultas breves, como as de clínica geral do National Health Service - e isto porque elas não forneciam dados suficientes a uma formulação adequada” (BALINT E. e NORELL J.S. 1976)

Os pesquisadores chegaram a conclusão de que era impossível “a *investigação extensa das experiências e situação vitais de um paciente; (...) e que, de fato, não era nosso procedimento normal na clínica geral.*”

A proposta do grupo de pesquisa foi buscar na “psicoterapia breve” a idéia de focalização sobre um aspecto particular do mundo do paciente que parecesse ser mais importante ou ter “maior domínio patológico”.

Ao iniciarem um movimento em direção à busca do tema de focalização os pesquisadores depararam-se com uma grande dificuldade:

De fato, quanto mais prosseguíamos na questão de definir e tratar a área focal, mais nos envolvíamos em dificuldades (...) Sofremos decepções similares em vários casos porque o foco parecia mudar nas entrevistas subseqüentes, seja porque outras áreas focais ainda não tocadas ganharam em importância, seja porque aparentemente o foco fora mal escolhido. No caso de Miss Malvern, a mulher asmática, seus sentimentos agressivos pelos homens investidos de autoridade pareciam ser, inicialmente, a área focal adequada. Isto foi alterado posteriormente, enfocando-se "sua atitude de tornar pouco efetivo o médico e compartimentação dos problemas", e depois seu relacionamento com a mãe, sua auto-confiança e sua sexualidade. Pareceu, não apenas nestes, mas também em outros casos, que tais áreas focais foram escolhidas e mudadas casualmente, dependendo da imaginação do paciente e do médico.

Parece que a expectativa inicial dos pesquisadores em relação ao foco ou problema principal sofria de uma analogia com o diagnóstico tradicional da doença orgânica e/ou de uma certa visão da psicanálise sobre a patologia psíquica: havia um incômodo com a mutabilidade, com a fluidez dos diagnósticos de “área focal” e com a dependência do mesmo da dinâmica relacional entre médico e paciente. Certamente uma tensão no paradigma da separação entre sujeito-objeto (ARMONY: 1998, p.22)

Retornando ao caso citado inicialmente o grupo notou que,

“o evento emocional central da consulta não havia sido tocado: o médico nos disse que a paciente parecia desgostosa, que ele percebera sua raiva e que lhe sugerira que ele era o objeto de sua agressividade. Ela concordou e, sorrindo, disse que o médico não fizera muito por ela. Falou, então, de sua raiva pelo patrão que, tendo instalado uma máquina copiadora mal cheirosa no escritório, aumentara sua asma. O médico, com um súbito sentimento de iluminação e compreensão, sugeriu que ele e o patrão não eram de fato monstros, mas que ambos sentiam necessidade de tomar atitudes simpáticas. Só bem mais tarde, de fato dois anos depois, nós compreendemos que este breve intercâmbio emocional, que na época pareceu casual, introdutório e anedótico, fora de fato da maior importância para a compreensão deste e de muitos outros casos. Na releitura do relato e das sessões do seminário concernentes a Miss Malvern, a rápida confissão que o seminário fez do conteúdo emocional da entrevista inicial é bastante notável. De fato, o médico relator usara o conteúdo emocional da consulta para seu diagnóstico geral e plano de tratamento, e também se valera dele para as entrevistas sUnidade Básica de Saúde subsequentes, sem na época ter plena consciência de sua significação. Obviamente o médico, na época, percebera algo na paciente que lhe tocara o íntimo, e foi capaz de transferir esta compreensão para ela.” (BALINT E. e NORELL J. S. 1976)

Os pesquisadores caminharam para uma inversão bastante radical na compreensão da relação clínica. Em vez de uma “luta” heróica e pouco crível da razão contra a subjetividade, em que se buscava este ou aquele filtro teórico juntamente com uma escolha racional de prioridades (mesmo que ampliada para temas não orgânicos), os pesquisadores passam a aceitar a intensidade de um acontecimento não controlado que inclui o inconsciente, como elemento central e disparador de uma relação clínica eficaz:

De fato, o médico relator usara o conteúdo emocional da consulta para seu diagnóstico geral e plano de tratamento, e também se valera dele para as entrevistas subsequentes, sem na época ter plena consciência de sua significação. Obviamente o médico, na época, percebera algo na paciente que lhe tocara o íntimo, e foi capaz de transferir esta compreensão para ela.

Este momento de súbita compreensão mútua foi chamado de “flash”. Os pesquisadores começaram a aceitar o seu caráter “evanescente, vago e pouco científico” à medida em que percebiam a sua realidade e eficácia: “a evanescência e fluidez foram então tomadas como sendo um de seus traços essenciais”. É interessante notar aqui o caráter paradoxal da relação clínica de alta intensidade. Existe uma aposta de que se está lidando com fluxos inconscientes e pré-conscientes. Para ARMONY (1998), como

veremos adiante, um padrão direto de comunicação entre terapeuta e paciente, exigido por grande número de pacientes, implica em uma ruptura de um padrão cultural de separação entre *sujeito e objeto* e na *aceitação de uma “comunicação direta”*. O que *significa também a aceitação de uma situação paradoxal* (ARMONY: 1998).

Os pesquisadores, então, estudaram retrospectivamente um grande número de sessões e descobriram que o flash havia ocorrido em cerca de um terço dos casos, embora não tenha sido sempre reconhecido e usado. Concluíram que o flash não é um privilégio da clínica na atenção primária, podendo estar presente na clínica psiquiátrica, ou de qualquer outra especialidade e serviço. Nós podemos pressupor, por nossa conta, que ele pode estar presente também nos encontros de diversos profissionais de saúde.

Os pesquisadores procuraram diferenciá-lo de outros eventos e categorias teóricas:

- 1- O *"flash"* por si não é um diagnóstico, é um evento que cria um clima ou atmosfera especial, e que permite que o diagnóstico e o trabalho terapêutico sejam conduzidos com rigor e vigor maior que nas situações ordinárias, desde que o médico o reconheça e o use.
- 2- Deste modo, nada tem a ver com pressentimentos, diagnósticos locais e interpretações, por mais corretos que estes possam ser. Um pressentimento, tal como ocorre nas interações sociais cotidianas, implica elementos de adivinhação, sorte e acaso, que não estavam presentes, nem eram necessários em nossos casos. O médico, no momento do *"flash"*, estava observando seus sentimentos em relação à paciente. Sentiu a raiva da paciente contra ele, percebeu o impacto que isto lhe ocasionava, e relacionou o material emotivo desta interação pessoal com o campo mais amplo do relacionamento da paciente com os homens investidos de autoridade⁸³. O evento poderia ser chamado de *intuição controlada*; foi usado profissional e conscientemente, embora surgindo de fontes inconscientes e pré-conscientes.
- 3- O *"flash"* tampouco era idêntico a um *"diagnóstico local"*, isto é, a percepção inspirada de um profissional hábil. Este tipo de diagnóstico, freqüentemente usado na medicina tradicional está relacionado ao reconhecimento e compreensão em termo de psicologia da Gestalt: seu sucesso dependerá da integridade da Gestalt e de seu conhecimento da Gestalt e seus significados. Assim, permanece dentro do domínio do diagnóstico tradicional, com todos os prejuízos que isto implica.
- 4- O *"flash"*, em nosso caso, também não foi uma *"interpretação"*⁸⁴ no sentido psicanalítico. Foi seguido por uma interpretação: certas emoções geradoras de ansiedade (sua raiva dos homens) foram trazidas à consciência de Miss Malvern,

⁸³ destacar” a dificuldade da paciente com os homens pode facilmente ser resultado também de uma dificuldade do médico com as mulheres, ou da aceitação do médico de uma norma social dominante a respeito dos papéis sociais e gêneros pelo médico e pela paciente. Esta prudência existe hoje em muitas correntes da psicanálise e existe também na proposta de Clínica Ampliada.

⁸⁴ Discutiremos adiante, com referencia a pesquisadores como ARMONY (1998) e MaRTINS (2005) os limites da interpretação psicanalítica tradicional e as possibilidades de outro tipo de relação psicanalítica que se aproxima do flash.

e o médico então mostrou-lhe que não havia por que estar ansiosa, já que os homens investidos de autoridade (a) não eram de fato monstros, e (b) poderiam ter gestos simpáticos.

- 5- Mas, a interpretação foi um ato terapêutico conseqüente ao "flash", não o constituindo como tal. A importância diagnóstica do "flash", desse modo, jaz em seu estabelecimento de um clima de alta carga emocional, no qual outras interações podem dar-se, ou - em outras palavras - estabelecendo um tipo de área focal, especificada por uma concordância não expressa entre médico e paciente

Os pesquisadores então diferenciaram três tipos de entrevista clínica. Os pesquisadores associam o diagnóstico geral a um tipo de entrevista clínica que eles chamaram "tipo detetive", diferenciando-a da entrevista tradicional:

1- ENTREVISTA MÉDICA TRADICIONAL

Uma mulher solteira de cinqüenta e seis anos, não muito conhecida do médico, queixava-se de sensação de cansaço e desconforto. Ele pediu que falasse mais disso e ficou sabendo que ela, ultimamente, se sentia relaxada e fria. O médico anotou todo o histórico e a examinou, tendo em mente possibilidades de mixoedema e anemia, as quais lhe ocorreram desde o início da entrevista. Nada encontrou no exame, mas lhe pediu os testes adequados.

2- ENTREVISTA PESSOA DO TIPO "DETETIVE"

Os testes foram todos normais, mas ela ainda se sentia doente - então o médico lhe pediu que viesse para uma consulta mais longa. Fez várias perguntas sobre sua vida, e soube que uma mudança recente em seu trabalho a aborrecera. Ela falava com dificuldade, mas o médico levantou uma história passada de uma mãe dominadora, que a isolava, mas que a fazia sentir orgulho de seu trabalho, embora afirmando que ela conseguiria muito pouco em termos de sucesso. Agora ela estava sozinha e frustrada, e seus sintomas datavam da alteração no escritório, alteração que a expunha a um novo e maior grupo de pessoas que pareciam pouco amigáveis. Ele resumiu o quadro para ela, e a paciente concordou 'que isto era de importância face aos seus sintomas, agradecendo, como disse, seu interesse. Mas, ao mesmo tempo, fez o médico sentir que se continuasse a inquirir naquela linha, encontraria fortes resistências. Ele nunca conseguiria mudá-la ou alterar sua situação vital. Desse modo, ele prescreveu antidepressivos e pediu-lhe que voltasse dentro de quinze dias.

3- ENTREVISTA TIPO "FLASH"

Ela voltou ainda mais deprimida, e o médico disse, "Minha cara, precisamos tentar de novo", dito o que a paciente explodiu num choro. A imediata reação do médico foi pensar que ela parecia ridícula chorando com aquele chapéu que estava usando. Este pensamento o chocou, pois gostava de pensar de si mesmo como sendo simpático aos pacientes - mas percebeu de imediato que a paciente talvez tornasse as outras pessoas pouco simpáticas para si do mesmo modo. Ela começou se

desculpando pelas lágrimas, mas ficou surpresa quando o médico se desculpou por sua vez, lamentando que não a fizesse sentir que podia chorar diante de si. Ela sentiu de imediato o novo relacionamento que este intercâmbio estabeleceu, e compreendeu o que o médico queria dizer quando este sugeriu que talvez ela estivesse mantendo as pessoas à distância graças às maneiras duras e inflexíveis. Ele referiu-se ao chapéu, que era algo terrivelmente elaborado, e a paciente aceitou a coisa com interesse e bom humor. Por fim, ela foi capaz de concordar que sua queixa inicial de sentir-se fria poderia dever-se ao fato de não haver ninguém que a aquecesse, mas que suas maneiras rígidas escondiam tal necessidade das outras pessoas.

A primeira entrevista foi centrada na “doença”. O médico utilizou um “filtro teórico” (CUNHA: 2005), que se traduzia em um “algoritmo” de perguntas com objetivo de chegar em um diagnóstico orgânico ou na sua exclusão. Os pesquisadores chamam esta entrevista de centrada na doença. Como dissemos anteriormente, quando o profissional só consegue fazer este tipo de entrevista está implícita certa concepção de doença “ontologizante” (CAMPOS: 1998) ou universalizante (MARTINS: 1999), o que possibilita desconsiderar o contexto e o sujeito. Mas está atuando também um desejo de acreditar nesta teoria, de buscar segurança nela. A frase “se eu ficar ouvindo muito, eu é que vou precisar de psicólogo” citada anteriormente, ilustra esta vontade de buscar numa técnica e numa crença, alguma proteção.

O segundo tipo de entrevista buscou conhecer a pessoa, ainda que com um baixo investimento ou envolvimento.

“O médico organizou a entrevista para tentar fazer um diagnóstico da paciente, e não da afecção. Ele sabia tratar-se de uma pessoa fria e dominadora, mas não se envolvera muito com ela” (BALINT E. e NORELL J.S. 1976)

O terceiro momento da entrevista foi diferente: o médico teve um “flash” de compreensão e foi capaz de partilhá-lo com a paciente. Os pesquisadores investigaram como se deu este momento:

“Antes que isto pudesse acontecer ambos eliminaram suas barreiras, o médico admitindo seu fracasso, e a paciente permitindo-se chorar. A entrevista foi muito mais cálida’ que as anteriores, e estabeleceu um’ novo relacionamento entre médico e paciente, o que seria útil só por si, mas também para ajudar a paciente a reagir de modo diferente face às outras pessoas” (BALINT E. e NORELL J. S. 1976).

Os pesquisadores apontam as características deste momento, e as suas dificuldades

intrínsecas:

“Também aqui não é fácil manejar a situação, nascendo a incerteza sobre se devemos ser o médico tradicional ou prestar atenção ao que o paciente está dizendo. Há muitos motivos que justificam interromper a fala do paciente e seguir nossa própria linha de pensamento. Por exemplo, a ansiedade por não deixar de perceber a afecção orgânica importante, falta de tempo ou falta de simpatia. Contudo, este desconforto, se pudermos tolerá-lo, muitas vezes preludia um "flash" valioso. Neste caso, a paciente disse do pai: "Ele parece tão fraco quando se levanta de manhã, e eu penso...outro dia para suportar." O médico subitamente compreendeu que ela estava de fato tanto falando de si mesma como do pai. Ela concordou, e de imediato passou para um nível de diálogo com o médico relatando suas tristezas e a falta de filhos. Ela terminou assim: "Eu me pergunto o que acontecerá quando for mais velha e ficar sozinha." O médico respondeu: "Eu não acredito que seu pai seja tão triste como a senhora." (BALINT E. e NORELL J. S. 1976)

Os pesquisadores apontam a ansiedade em relação ao risco de não perceber alguma afecção orgânica importante como um dos entraves a ser superado na relação com o paciente quando da eclosão do Flash. Podemos relatar o caso de uma médica em que justamente este embate entre a percepção do profissional dos riscos orgânicos e a emergência de afetos inconscientes travaram uma pequena batalha.

Ao olhar o nome no prontuário da próxima paciente que chamaria, veio-lhe à mente o rosto e a história de Andréia, jovem gestante que pedira "um encaixe" para uma consulta "de urgência". Com 23 anos, ela estava na segunda gestação, porém não no segundo filho. Na primeira vez em que engravidara, há dois anos, ela perdera a criança no sexto mês. Sandra também fizera o pré-natal na primeira gestação e pôde acompanhar toda a frustração e tristeza da jovem após o aborto. Foi um momento difícil, mas ela, como obstetrix experiente, ficou bastante próxima da paciente após o aborto. Na semana passada, Andréia tinha vindo para a consulta de rotina e entrava novamente no sexto mês. Até a semana passada estava tudo bem... o que teria acontecido para pedir uma nova consulta em tão pouco tempo?

Com o prontuário na mão, abriu a porta do consultório e procurou o rosto conhecido. Encontrou um olhar atento e ansioso procurando por ela. Fez um gesto sutil com a cabeça acompanhado de um sorriso, pensando ou dizendo de forma inaudível: "Vamos?". Notou o andar trêmulo, transpirando ansiedade e medo. Mal fechou a porta e já ouviu Andréia dizer, contendo um choro: "Ele não está se mexendo".

Os segundos se dilataram. Um forte condicionamento profissional ordenou os procedimentos "de guerra". Quase escapou de sua boca uma ordem para que ela deitasse na maca para auscultar o coração do bebê com o sonar. Ocorreu-lhe que era isto que Andréia esperava. Ansiedade "é uma doença contagiosa". Notou que o seu coração também batia forte enquanto perguntava, tentando aparentar tranquilidade: "Desde quando?

Você comeu bem hoje?". Até chegar à cadeira, deu quatro passos terapêuticos para sua ansiedade. Olhou melhor para Andréia, respirou e teve uma súbita certeza do que estava acontecendo. Olhou nos olhos de Andréia e disse: "Calma... vamos deitar um pouco na maca?". Enquanto a ajudava a deitar-se ainda olhou para o sonar. Confirmando a convicção de que não o usaria... pelo menos não ainda.

Andréia se surpreendeu quando ela disse: "Feche os olhos e respire fundo". Pegou a mão fria de Andréia, apertou entre as suas carinhosamente e colocou-a sob a sua mão, ambas sobre a barriga. Respirou fundo e procurou relaxar, concentrando-se no instante. Agora eram ali duas mulheres, reinventando o antigo compromisso de solidariedade e sabedoria feminina para partejar a vida. Quanto tempo se passou? Não saberia dizer. O suficiente para que, sem nenhuma surpresa para ambas, ele começasse a se mexer com movimentos fortes e vigorosos dentro da barriga, sacudindo as mãos das mulheres e derrubando lágrimas da mãe.

Quando Andréia saiu, Estela esperou as lágrimas diminuírem antes de chamar a próxima paciente. Agradeceu a si mesma ter-se deixado levar pela intuição e ter podido ajudar Andréia, não a suprimir o medo através da confiança nela como profissional ou na tecnologia de um exame, ou ainda através de uma explicação racional da ansiedade da gestante quando atravessa o "aniversário" de uma perda. O que aconteceu foi que ela pôde mediar uma "conexão", possibilitar uma vivência que estabeleceu uma conversa entre mãe e filho e permitiu à Andréia aprender a conhecer e utilizar a sua própria força. (CUNHA, G. e ALBUQUERQUE E.)

No caso citado a médica encontra-se diante de condicionamentos importantes que tendem a impedi-la de lidar com a situação real. É importante lembrar o quanto nos espaços de formação em saúde se faz um uso "indevido" do medo ao ponto de não perceber patologias graves, infundindo uma tendência nos profissionais de executarem ações rápidas, irrefletidas e protocolares. De fato, expande-se a chamada "medicina defensiva", que inverte a finalidade da relação clínica, priorizando o interesse de proteção jurídica e psicológica do profissional, em relação às necessidades do paciente.

Os relatos dos pesquisadores permitem que façamos um pequeno resumo a respeito do FLASH:

- Diz respeito às interações curtas (10 min) que ocorrem na média dos encontros entre profissionais de saúde e paciente.
- É uma consciência mútua e espontânea de alguma coisa importante para o paciente.
- É fácil de reconhecer mas difícil definir.

- Em alguma medida faz parte da experiência humana normal.
- O profissional deve permitir-se o desconforto de deixar de lado suas próprias idéias sobre o que está acontecendo e entrar em sintonia com a tensão do paciente.
- É centrado sobre o paciente, mas implica o relacionamento profissional paciente, assim como o paciente.
- Deve-se ter o flash de compreensão e conseguir partilhá-lo com o paciente. Ou seja, embora seja uma relativa perda de controle, deve haver algum controle para direcioná-lo de forma terapêutica.

BALINT e pesquisadores abrem um caminho novo na clínica na medida em que reconhecem o FLASH. Não se trata mais de uma busca extensiva DA VERDADE psicológica, daquele problema fundante do sujeito e causador da enfermidade, mas antes, de problemas que fazem sentido naquela relação clínica.

O FLASH reforça a importância do método BALINT como instrumento para desenvolver certa sensibilidade, tanto ao outro como a si mesmo, e principalmente ao que ambos, profissional e paciente, trazem para a relação clínica. Para a clínica ampliada a proposta da história clínica tipo flash complementa o uso do conceito de co-produção de sujeitos, porque reconhece a necessidade de uma *escolha parcial, possivelmente mutante, dentro* de um universo de possibilidades que é o encontro entre os sujeitos e forças diversas. Enriquece a proposta na medida em que explicita a presença de um fluxo de intensidade que é parcialmente inconsciente e de um aprendizado que não é totalmente dependente da razão cartesiana.

ARMONY (1998) também aponta para a relação clínica na psicanálise como sendo de certa convivência com a incerteza, já que um número cada vez maior de pacientes (*borderline*) demanda este apagamento de fronteiras, como condição de efetuação do processo terapêutico.

Em relação ao método de co-gestão esta proposta de Flash nos convida também a aceitar a hipótese de que as rodas ou os espaços coletivos sejam também permeáveis a acontecimentos da mesma natureza.

Flash e Intuição

GUIMARÃES (2005) estudou o conceito de intuição de Bergson no trabalho em saúde. O conceito pode enriquecer a compreensão do FLASH, abordado acima.

No levantamento bibliográfico realizado, GUMARÃES encontrou referências ao termo intuição principalmente no trabalho da enfermagem. Segundo a autora, a intuição sempre esteve presente nos sistemas filosóficos:

“O que todos têm em comum é a compreensão da intuição como visão imediata (sem mediação) de algo na sua totalidade. No dicionário de filosofia de Brugger (1977), intuição é a visão direta de algo existente, que se mostra imediatamente em sua concreta plenitude (isto é, sem intervenção de outros conteúdos cognitivos), em outras palavras, é o conhecimento que apreende o objeto em seu próprio ser presente. Em sentido similar, o dicionário de filosofia Lalande (1993) define intuição como sendo a visão direta e imediata de um objeto de pensamento atualmente presente no espírito e apreendido em sua realidade individual.” (GUIMARAES, 2005)

A inovação de Bergson em relação às concepções tradicionais dá-se quando “coloca o espírito como objeto da intuição, apreendido imediatamente como realidade temporal. Visão direta do espírito pelo espírito”⁸⁵ (GUIMARÃES: 2005)

Nos artigos pesquisados pela autora sobre o trabalho da enfermagem haviam várias definições de intuição:

“Parece ser consensual entre os profissionais de saúde a afirmação de que a experiência é considerada um componente necessário da intuição. Nesse sentido, Easen & Wilcockson (1996) assinalam que o sentido é produzido na experiência, e que experiência sem intuição consistiria em uma série de simples eventos na qual faltaria direção ou significado.” (IDEM)

Este é um elemento importante e que conecta a intuição com o conceito de FLASH: a presença da experiência e a produção de um sentido para a experiência são elementos comuns com o FLASH. A experiência inclui tanto o encontro entre o profissional e o paciente, quanto um certo acúmulo de experiência com casos semelhantes. Em relação ao FLASH os autores valorizam muito a experiência em relação ao mesmo paciente (longitudinalidade).

⁸⁵ Para Bergson, o espírito (ou consciência) é constituído de uma substância não-física - que não podemos ver e tocar, isto é, os sentimentos e os pensamentos. Ele associa o espírito ao próprio tempo, ou seja, à duração interior de cada corpo, que perpassa todos os indivíduos, sendo caracterizado como aquilo que anima e dá vida aos seres ; Para Espinosa, o espírito ou mente não constitui uma entidade separada do corpo, mas é a idéia do corpo. Para Espinosa a mente é a ideia do corpo, o que quer dizer simplesmente que a pessoa é uma só. Ele se contrapõe à escolástica e a Descartes, rejeitando a idéia de “alma” separada do corpo.

“Desse modo, vemos que a intuição tem pelo menos duas pernas, uma que está ancorada no conhecimento anterior ou já dado, e outra que advém no momento presente em que está se dando. Sendo assim, por mais que apostemos no valor do acontecimento e do devir, não deixamos de acentuar o valor da memória e do conhecimento acumulado. Neste sentido, é bom frisar que a intuição não surge do nada, é necessário que o indivíduo esteja preparado para poder receber este novo conhecimento que emergirá.” (IDEM)

Esta é uma observação importante porque na biomedicina a intuição muitas vezes é tida como um conhecimento menor, justamente porque se acredita que ela prescindiria do conhecimento anterior ou mesmo da experiência⁸⁶. Tanto para o FLASH quanto para a intuição o conhecimento dito objetivo e a experiência acumulada são essenciais. É a partir deste acúmulo que se teria condições de perceber diferenças, incongruências e intuir uma outra compreensão. É importante dizer que para Bergson a intuição seria uma, entre duas formas de conhecimento existentes:

“constituindo duas direções divergentes da atividade do pensamento: uma que é obtida pela inteligência e outra, pela intuição. A primeira visa inserir o ser humano no mundo material de forma eficaz; sua função básica consiste em presidir ações. Para Bergson, toda nossa existência visa basicamente à satisfação de nossas necessidades e interesses práticos. A inteligência, quando destinada à satisfação de interesses materiais, isto é, aplicada ao terreno prático, é eficaz; o problema se coloca quando ela se propõe a dar a chave do conhecimento do real tal como ele é em si. Pois, para Bergson, a realidade se apresenta como um processo contínuo de fluxo e transformação, e a inteligência, ao fixar o real em representações esquemáticas, enquadrandoas em categorias fixas e imutáveis, perde o movimento que o caracteriza.” (IDEM)

É importante esta distinção entre dois tipos de conhecimento, porque na biomedicina poderíamos dizer que a “representação esquemática” aproxima-se muito do próprio “diagnóstico” biomédico. A crença na suficiência destas representações é apontada por CAMPOS (1997) como um dos problemas da clínica tradicional e um dos desafios da clínica ampliada. Não só em relação ao caráter totalizante destas representações, como também à possibilidade de fluxo e mudança. Na área de saúde, freqüentemente os diagnósticos se convertem em rótulos estigmatizantes, que não só impedem uma compreensão mais ampla, como constroem os sujeitos doentes a se identificarem a um diagnóstico⁸⁷. Neste contexto é bem mais difícil para o profissional perceber processos de

⁸⁶ Existe também uma forte associação do vocábulo à religião e ao pensamento mágico.

⁸⁷ Muitas vezes esta produção de identidade do sujeito com diagnóstico, lembra a relação que as instituições de “justiça” produzem com os artigos do código penal. Os presos freqüentemente se identificam de tal forma com o número do

transformação em curso, assim como apostar em transformações quando elas são importantes no projeto terapêutico.

Em relação especificamente à “mudança”, a autora enfatiza o quanto esta “pouca disponibilidade” para o tema, produz um tipo de “ilusão”

“A mais flagrante de todas as ilusões consiste, segundo Bergson, em crer que podemos pensar no instável por meio do estável, no movente por meio do imóvel, ou seja, a inteligência é incapaz de compreender a essência da natureza do espírito, uma vez que esta essência consiste em fluir, ao passo que a inteligência só retém do real momentos fixos e descontínuos, levando-nos, com isso, a uma compreensão inadequada da realidade. Neste sentido, a inteligência, atenta à exatidão e à abstração, destaca do devir determinados momentos significativos, transporta-os para um espaço auxiliar e os analisa decompondo-os em uma série de instantes descontínuos, como algo já feito, ignorando o processo em que eles se fazem (Maciel Jr., 1997). A duração real é assim sistematicamente desviada. Para Bergson, “a essência da duração está em fluir. O real não são os ‘estados’, simples instantâneos tomados por nós ao longo da mudança; é, ao contrário, o fluxo, é a continuidade de transição, é a mudança ela mesma.” (Bergson: 1974, p.110).

Mas a intuição não é apenas o oposto da “inteligência material”. GUIMARÃES detalha a dinâmica da intuição apresentando a necessidade de um certo desinteresse na “vida prática” como uma forma de lidar com o tempo:

“Neste sentido, para que a intuição possa emergir, é necessário desinteressar-se da vida prática e saber ver a passagem do tempo em seu duplo jogo simétrico, ou seja, estar presente no aqui e agora, sentindo a passagem do tempo. E, para que isso possa se dar é necessário, de acordo com Bergson, esvaziar a mente ou deixá-la livre de representações, com apenas os sentidos presentes na duração do tempo e ao que acontece a sua volta, para que a sensibilidade possa apreender aquele momento em sua totalidade” (GUIMARÃES 2005)

Talvez a proposta do FLASH, na sua simplicidade e riqueza de exemplos, seja mais elucidativa do possível significado da expressão “desinteressar-se pela vida prática e deixar a mente livre”, ao apontar para a necessidade de lidar de outra forma com os automatismos na relação clínica. Não se trata obviamente de uma atitude leviana ou irresponsável, mas sim de um exercício de atenção sobre si mesmo e sobre o outro, que implica em colocar entre parênteses as forças que convidam a uma compreensão estática e uma ação automatizada. É interessante lembrar que o FLASH é proposto como

alternativa à história clínica tradicional e à “história tipo detetive” bem estruturada, em que já está definido um lugar onde chegar (um diagnóstico) e está definido quem vai chegar “neste diagnóstico” (o profissional). O FLASH, assim como a intuição bergsoniana, implicam em uma compressão a partir de um tipo de comunicação “direta” entre profissional e paciente. Por isto, tantas vezes ele ocorre tendo como tema de compreensão ou problematização a própria relação clínica.

É interessante apontar aqui o que a autora apresenta sobre o processo criativo do pensamento:

“Pensar é o que advém da falência dos hábitos, não é natural; para nascer precisa sempre de uma ocasião fortuita ou da contingência de um encontro. É necessário que algo violento o pensamento já estruturado, uma estranheza ou uma inimizade para tirá-lo de seu estado natural. É justamene quando não reconhecemos o que vemos de uma forma adequada à nossa visão anterior que somos forçados a pensar ou, porque não dizer, a criar. Pois quando não reconhecemos ou quando não conseguimos ter clareza para agir em uma determinada situação, de imediato um estranhamento se impõe. Neste momento, nosso conhecimento intelectual/racional anterior se dissipa por não sabermos utilizá-lo na nossa vida prática, por não sabermos, portanto, nos servir dele. Isto coloca uma questão que nos força a pensar. Neste sentido, o pensar só advém ao pensamento quando somos forçados. E nesta instância, somente a sensibilidade poderá suscitar uma resposta ao problema, trazendo-a sob a forma de uma nova idéia ou uma nova criação, pois somente a sensibilidade é capaz de juntar os pensamentos que se encontram dispersos e fazer a síntese sob a forma de um novo pensamento” (IDEM).

O pensamento racional, segundo GUIMARÃES, esté relacionado à inteligência prática e interesseira, e, quando submetido à crítica, permite que a atenção se “volte para o espírito e para a sensibilidade”. Portanto, a existência de alguma possibilidade de explicitação crítica dos limites da ciência cartesiana, da biomedicina, dos tratamentos, assim como alguma chance de verbalização pelo próprio paciente, confrontando a sua experiência real de adoecimento com as representações ideais, seriam também instrumentos para a intuição. Este “estranhamento”, esta ‘auto’ crítica, talvez signifique para o profissional uma possibilidade de lidar com os próprios instrumentos de trabalho de forma menos arrogante, ou menos onipotente. Assim como lidar melhor afetivamente com a identificação egóica com este ou aquele procedimento ou diagnóstico.

“Más tarde en la mañana aparecen una mujer y dos hombres al pie de mi cama. Deduzco por su actitud que son médicos. Uno de ellos —robusto, de bigote— dialoga con la mujer —petiza, rubia—, el otro —alto, flaco— se

mantiene independiente. Los tres miran los electrocardiogramas: el que me tomaron al ingresar, otro de control después de la colocación del marcapaso y el matutino de rutina. Ninguno de los tres me mira ni me dice nada. Robusto de bigote mirando fijamente al centro de la galaxia: ¿el señor estaba tomando algún medicamento antes del episodio?; rubia petiza mirándome por primera vez: señor ¿estaba tomando algún medicamento antes de este episodio?; yo mirando a la rubia petiza: no; ella mirando a robusto de bigote: no. Intervalo silencioso, luego robusto de bigote siempre con la mirada fija en el mismo punto del espacio exterior: ¿qué edad tiene el señor?; rubia petiza mirándome: señor ¿que edad tiene?; yo: sesenta y siete; ella mirando a robusto de bigote: sesenta y siete. La pareja dialogante se retira sin otro comentario. El flaco alto permanece un momento más siempre mirando los electrocardiogramas y luego se retira sin haber abierto la boca ni dirigirme una sola vez la mirada. Yo me quedo, no sé porqué pienso que puedo estar convirtiéndome en un pez” (MARIO TESTA⁸⁸)

A redução dos sujeitos à órgãos, neutro-transmissores, genes, eletrocardiograma tem desdobramentos óbvios. Embora esta desconsideração do sujeito não tenha uma causa única, o tipo de conhecimento utilizado e a relação que se estabelece com ele influencia muito. Por isto, é relevante a afirmação da autora de que *“o domínio da inteligência é a matéria enquanto o domínio da intuição é o espírito”*. É interessante frisar que Bérson não trabalha com uma dicotomia entre espírito e corpo. Bergson é um filósofo “espinosista” e para este *o espírito é “a expressão de tudo que se passa na corporeidade, ou seja, tudo aquilo que afeta o corpo, e lhe aumenta ou diminui a potência. A alma, para Espinosa, é a idéia do corpo, no sentido de que ela é capaz de perceber as idéias das modificações (afecções) do corpo”*. Não se trata portanto de alimentar uma oposição “material x espiritual” ou “psico x somático”, mas de criar possibilidades de conhecimento de um “espírito pelo outro”, ou na linguagem de CAMPOS (2000), de um “sujeito” por outro “sujeito” em uma relação clínica.

Muitos aspectos importantes do tema intuição merecem um aprofundamento, mas não serão abordados aqui. “Memória” e “duração” são dois exemplos de conceitos importantes para a compreensão da intuição que não serão abordados. No entanto, talvez tenha sido possível apontar a importância de que hajam novas investigações das possibilidades de uso mais sistematizado da Intuição e do Flash na clínica, principalmente na clínica ampliada.

Até aqui foi abordada a sinergia entre o FLASH e a Intuição de Bergson. Cabe

⁸⁸ Mario Testa EL HOSPITAL: Visión desde la cama del paciente. O autor relata neste texto sua experiência pessoal quando da internação para implantação de um marcapasso.

então, brevemente, falar de uma diferença aparente. Michaël e Enid Balint, juntamente com outros pesquisadores, ao se depararem com o fenômeno do Flash, embora de forma cuidadosa, utilizam como referência o inconsciente psicológico. BERSON utiliza o *inconsciente ontológico*. Segundo DELEUZE (1999) um inconsciente não contradiz o outro:

É assim que se define um inconsciente psicológico distinto de um inconsciente ontológico. Este corresponde à lembrança pura, virtual, impassível, inativa, em si. O inconsciente psicológico representa o movimento da lembrança em vias de atualizar-se [...] então as lembranças tendem a se encarnar, fazem pressão para serem recebidas _ de modo que é preciso todo um recalque saído do presente e da "atenção à vida" para rechaçar aquelas que são inúteis ou perigosas. Não há qualquer contradição entre essas duas descrições de dois inconscientes distintos (DELEUZE, 1999: 56).

BALTAZAR (2009) afirma que *“uma mesma escolha, que na verdade é uma ação, para Bergson, pertence ao campo da consciência ontológica e para a psicanálise, pode ser determinada pelo inconsciente psicológico”*.

BERGSON diferencia também consciência *nula* de consciência *anulada*

Consciência nula e consciência anulada são ambas iguais a zero; mas o primeiro zero exprime que não há nada, o segundo que nos defrontamos com duas quantidades iguais e de sentido contrário que se compensam e neutralizam. A inconsciência de uma pedra que cai é uma consciência nula: a pedra não tem nenhum sentimento de sua queda. Será que o mesmo ocorre com a inconsciência do instinto nos casos extremos em que o instinto é inconsciente? Quando realizamos maquinalmente uma ação habitual, quando o sonâmbulo desempenha automaticamente seu sonho, a inconsciência pode ser absoluta; mas prende-se, nesse caso, ao fato de que a representação do ato é posta em xeque pela execução do próprio ato, o qual é tão perfeitamente semelhante à representação e nela se insere tão exatamente que nenhuma consciência pode mais transbordar. *A representação é entupida pela ação*. Prova disso é que, caso a realização do ato seja detida ou entravada por um obstáculo, a consciência pode surgir. Estava presente, portanto, mas neutralizada pela ação que preenchia a representação (BERGSON, 2005: 156).

A possibilidade da Intuição na clínica e o Flash repousam, portanto, sobre formulações distintas. No entanto, mesmo em relação ao tema do inconsciente (ontológico, psicológico ou consciência anulada) as diferenças parecem indicar que as duas formulações não parecem se antagonizar. Ao contrário, se enriquecem.

Contribuições de Nahman Armony à Clínica Ampliada

A constatação do grupo de pesquisa de Michaël e Enid Balint de que algo semelhante um Flash pode ocorrer na relação clínica é extremamente rica e corajosa. Abordou-se anteriormente a proximidade do conceito de FLASH ao conceito de intuição bergsoniana. Aqui inicialmente será abordada uma contribuição teórica sinérgica, construída a partir da experiência clínica na psicanálise Nahman Armony (1998). ARMONY (1998) ao pensar o processo de comunicação na sua prática clínica, vai buscar em WINNICOT uma proposição importante, que abre diálogo com outras contribuições filosóficas:

“se considerarmos, por exemplo, a hóstia da Sagrada Comunhão, que simboliza o corpo de Cristo, penso que tenho razão, se disser que, para a comunidade católico-romana, ela é o corpo e, para a comunidade protestante, trata-se de um substituto, de algo evocativo, não sendo essencialmente, de fato, o próprio corpo. Em ambos os casos porém trata-se de um símbolo” (WINNICOT, W.W (1951) 1982, P. 395 “*Objetos transicionais e fenômenos transicionais*”)

Para ARMONY (1998: p.41) as “palavras sendo símbolos, também podem se apresentar como de primeira ou de segunda ordem”. No processo de psicanálise mais tradicional o autor denomina de *postura espelho* a atitude do psicanalista, quando este entre em contato “não diretamente com os conteúdos do paciente, mas com as representações dos conteúdos. (...) sua posição é interpretativa e sua palavra se dirige ao intelecto do paciente, esperando que a representação pré-consciente da palavra se conecte posteriormente com a representação inconsciente da coisa. (...) a *postura espelho*, com sua comunicação através de palavras de segunda ordem, é a solicitada e usada pelas configurações neuróticas”.

Para este autor esta comunicação com símbolos de primeira (palavras expressivas) tem uma potencialidade mobilizadora e transformadora absolutamente diferente da comunicação através de símbolos de segunda ordem.

“A palavra expressiva, como parte de uma totalidade maior, arrasta consigo todo o contexto no qual está mergulhada, de tal maneira que a palavra, como parte da totalidade dela não se destaca. Seria melhor dizer que o que surge é o contexto, um de cujos componentes é a palavra” (Idem: p.42)

O autor denomina “contexto” a todos os elementos de uma situação

comunicativa/relacional “- afetos, acontecimentos, emoções, movimentos, sons, cores, formas, palavras, etc – considerados em seu vir-a-ser”. Este contexto se externaliza. Diferentemente da palavra representativa, em que o contexto é evocado, mas mantém-se no interior das fronteiras individuais. O contexto, quando evocado por uma palavra de segunda ordem, mantém-se no interior das fronteiras individuais e fica nelas contida.

“Um paciente neurótico poderá ficar emocionado com uma palavra dita por mim, mas é uma emoção dele, que poderá ou não passar para mim. A emoção, mesmo ultrapassando as fronteiras individuais, fica nelas contida.” (idem: p.42)

ARMONY (1998) utiliza o conceito de objeto transicional de WINNICOTT para apontar que no uso do símbolo de primeira ordem não há dicotomia entre realidade interna e externa. Ambas convivem em um “espaço potencial”. Para ARMONY a psicanálise como uma *postura espelho* do psicanalista é aquela desenvolvida por FREUD para pacientes neuróticos. O autor lembra as suas recomendações:

“não posso aconselhar insistentemente demais os meus colegas a tomarem como model durante o tratamento psicanalítico, o cirurgião, que põe de lado todos os sentimentos, até mesmo a solidariedade humana, e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão completamente quanto possível (...) a justificativa para exigir esta frieza emocional é que ela cria condições mais vantajosas para ambas as partes” (FREUD: v. 12, p.153 APUD ARMONY, 1998)

Não é preciso ser mais claro quanto à proximidade deste olhar interpretativo da *postura espelho* da psicanálise freudiana em uma relação médica tradicional.

Na experiência clínica de ARMONY, os neuróticos costumam demandar mais freqüentemente esta atitude, enquanto que os psicóticos e os *borderline*⁸⁹,

“tendo um invólucro extremamente permeáveis, suas emoções entornam-se, forçando sua passagem para dentro do analista, que, se estiver com suas fronteiras suficientemente permeáveis, ver-se-á invadido pelas

⁸⁹ ARMONY (p 84) aponta que “até a pouco tempo a psicanálise tinha como sustentáculo de normalidade exclusivamente o neurótico: quanto menos neurótica, mais a pessoa se aproximava deste ideal de normalidade, sendo a normalidade absoluta, a ausência de neurose, um ideal inalcançável (...)”. O autor chama a atenção para o fato de que uma outra normalidade ideal começa a se fazer presente nos escritos psicanalíticos, mais referida à psicose. E citando WINNICOT “os psicanalistas experientes concordariam em que há uma gradação da normalidade não somente no sentido da neurose mas também da psicose (...) Pode ser verdade que há um elo mais íntimo entre normalidade e psicose do que entre normalidade e neurose; Istoé, em certos aspectos. Por exemplo, o artista tem a habilidade e a coragem de estar em contacto com os processo primitivos aos quais o neurótico não tolera chegar, e que as pessoas sadias podem deixar passar para seu próprio empobrecimento” (WINNICOT) Aquilo que Bergeret e Winnicot chamam de normalidade referida à psicose, a maioria dos analistas considera *borderline*.” (ARMONY 1998 p 84)

intensidades dos analisandos psicótico e borderline, justamente como eles, de alguma forma, desejam”

Embora o autor faça uma distinção de preferências por “tipo” diagnóstico, os contribuições de BALINT a respeito do Flash e de Bergson a respeito da intuição, nos autorizam a pensar a hipótese de que estas possibilidades e mesmo demandas por encontros “expressivos”, tanto em grupos (como o grupo Balint) quanto na clínica não psicanalítica, possam depender mais de “momentos” e “contexto” do que de um tipo diagnóstico.

A partir da proposta inicial da postura espelho, ARMONY desenvolveu uma tipologia para mais três tipos de postura clínica:

postura continente/interpretativa: “a postura continente surge do contato do analista com situações borderline e psicóticas. Nestas situações os analisandos produzem sentimentos e fantasias nos analistas à revelia destes, tirando-os assim da posição ideal e idealizada serenidade terapêutica. Na tentativa de recuperar esta serenidade o analista isola(va), em um canto do seu psiquismo, as emoções e fantasias provocadas pelo analisando, reduzindo e neutralizando sua força – sua intensidade – e revertendo a situação de expressiva para representacional. Os psicóticos de uma maneira geral não suportam esta reversão, mas os borderline sim. Alguns destes últimos lutam para manter o seu modo de relação/comunicação, outros aceitam uma espécie de acordo e muito poucos se submetem ao modo de comunicação/relação/conhecimento representaiconal” (p 44-45)

postura continente/comportamento convivencial: aqui “importa sobretudo ao psicanalista ser um continente para as angústias, afetos e fantasias do analisando, evitando atrapalhar a experiência de deposição destas intensidades e com interpretações – símbolos de segunda ordem. As palavras deverão ser pronunciadas, sim, mas como símbolos de primeira ordem, palavras que deverão sair diretamente da experiência vivida de continência. (...) Esta é a principal função (...) [desta postura] fornecer uma ambiente facilitador para a expansão do verdadeiro self do analisando. (...) a mãe ambiente é este continente facilitador suficientemente bom no qual o bebê/analisando está mergulhado” e pela qual está rodeado.

Para ARMONY, trata-se nesta postura de buscar, de acordo com WINNICOT, uma “adaptação às necessidades do analisando”. “Esta postura desenvolve-se no contato do paciente *borderline* solicitador de cuidados maternos com um analista capaz de viver a situação de mãe-ambiente. Para eles, esta postura é “satisfatória e produtiva pelo menos por um período de tempo”. Por outro lado, “o analista em sendo a mãe-ambiente e sabendo das necessidades do analisando, tem o comando do tratamento, mantendo

assim um poder e gozando de uma certa imunidade hierárquica protetora da sua intimidade fantasmática. As trocas afetivas e fantasmáticas não se realizam em toda a extensão da fronteira analista-analisando. Elas se exercem em uma área restrita, aquela que tem haver com a relação complementar fantasmática “mãe-continente/filho necessitado”.

Postura simbiônica: esta postura decorreria de uma solicitação de psicóticos e de borderlines quando não suportam relações hierárquicas. Nesta modalidade de comunicação/relação desaparece, no vir a ser da sessão analítica, a hierarquia que dava poder e proteção ao analista. (...) isto não o impede de permanecer como guardião da finalidade terapêutica da relação, sustentando sua posição de psicanalista. Esta posição porém não é levada para dentro da sessão; aí o analista coloca-se paritariamente, deixando-se afetar pelo comportamento verbal e não verbal do analisando e afetando-o com o seu. (...) Desaparece o espaço entre ambos. Palavras e ações repercutem imediatamente dentro do psiquismo do parceiro sem passar pela etapa intermediária da representação. (...) Surpreendentemente, é quando o analista se despe de seus emblemas que paciente psicótico vem colocá-lo na condição de “salvador”, um conhecedor onisciente de suas necessidades afetivas primordiais. (...) Na simbiose terapêutica a razão/emoção, o pensamento/palavra/ação estão integrados e constituem uma força viva de comunicação.

Para ARMONY, a postura do analista não deve se definir a priori, mas ele deve se colocar disponível para estabelecer a relação solicitada/necessitada pelo analisando. (...) Existem analisandos que solicitam o comportamento interpretativo e o analista só se dará conta desta solicitação se estiver em disponibilidade para identificação.

É importante observar que autor não almeja para o psicanalista uma relação isenta de “ruídos”. De “fato é impossível para o analista manter, sem manquejar ou esmorecer, a capacidade de responder sincronicamente ao paciente.” Os “erros” do analista podem ser representantes da *diferença* e servir como alavanca de progresso. (...) a alteridade, a diferença, o incompreensível - o ruído, enfim, se bem trabalhado, adquirirá um sentido, promovendo mudanças favoráveis na díada terapêutica.

“A liberdade teórica adquirida pela noção de ruído permitirá o exercício sem culpa de uma espontaneidade na relação/comunicação psicanalítica. (...)”

Para explicar como é possível ao terapeuta se guiar no processo psicanalítico nas posturas postura continente/comportamento convivencial e na postura simbiônica, o autor utiliza o interessante conceito de “insinuância”. Existiriam dois tipos de insinuância: o *objetivo terapêutico* e a *sobrevivência*:

“O objetivo terapêutico e a sobrevivência que doravante chamarei de insinuâncias, para distingui-los de fundamento, pertencem ao tempo e não ao espaço, não estão recalcados, não inibem o devir - ao contrário, o acompanham - e não produzem figuras à distância que os representem. Podemos pensar na sobrevivência como uma vibração constante dos tecidos, da mente, dos órgãos, células, moléculas, produzindo um som insinuante que banha os acontecimentos vividos insistindo em/com sua frequência e nela perseverando apesar de todos os ataques que os acontecimentos lhe possam fazer. Já o objetivo terapêutico pode ser figurado como uma claridade que, lançada pelo sentimento de identidade social no campo psicanalítico, insinua-se, difunde-se pelos acontecimentos. Afetado por estes mesmos acontecimentos, o sentimento de identidade social maneja um diafragma que ora obscurece, ora clareia o campo psicanalítico” (IDEM, p.18-26).

É possível, a partir das contribuições de ARMONY, aventar a hipótese de que o “Flash” seja uma demanda do paciente para uma comunicação mais direta. Para que o profissional adote uma postura continente/comportamento convivencial ou até mesmo postura simbiônica. A ruptura proposta por BALINT com a história “tipo detetive” pode ser entendida também como uma ruptura com o lugar privilegiado da interpretação. O conceito de “insinuância” contrasta fortemente com uma lógica moralista no comportamento do profissional de saúde, que procura pautar a relação clínica por normas de conduta, mesmo quando danosas ao paciente (a chamada “medicina defensiva” é um exemplo). As insinuâncias do objetivo terapêutico e da sobrevivência social podem dar ao profissional a possibilidade de se abrir, de lidar com a perda de um tipo de controle com o qual está acostumado.

A prática clínica, diferentemente da prática psicanalítica, terá que lidar também com as decisões concretas, contratação de atividades e procedimentos, como já observado anteriormente na proposta de ciclos da clínica ampliada. O exercício do profissional para transitar entre posturas a atividades diferentes não é pequeno. Assim como propôs BALINT, pode-se apostar em uma qualificação dos profissionais que permita que uma maior disponibilidade, um receio menor de interagir com os pacientes e de experimentar espaços de contato e posturas terapêuticas diferentes.

Se eu me chamasse Raimundo..

Numa bela tarde de domingo, em que as intensas atividades de lazer produziam grande demanda no serviço de pronto atendimento de uma pequena cidade do interior, o médico foi chamado para ver “um bêbado que caiu da bicicleta”. Chamava-se Raimundo. Examinou-o rapidamente. Estava com dois cortes na cabeça, que haviam sangrado bastante e ele estava todo sujo e um pouco esfolado. Não falava muito, mas respondia às perguntas naquele “tempo alcoólico”, um pouco irritante para quem tem

uma fila de pacientes esperando. Assim que o médico tirou a luva, explicou que ele seria levado para outra sala, para “costurar” os cortes e fazer os curativos. Raimundo concordou silenciosamente e estendeu a mão para o médico, em agradecimento. Não sem um pequeno incômodo de não poder responder ao gesto amigável, o médico explicou-lhe que não podia apertar sua mão porque estava toda ensangüentada e suja. Mostrando-se um pouco surpreso, Raimundo foi trazendo a mão para perto do rosto para examina-la, com lenta curiosidade...enquanto o médico voltou para o consultório.

Algumas consultas depois, a enfermeira o chamou novamente: tudo preparado na sala de sutura.

Ao encontrar Raimundo novamente, sem pensar nem um segundo no que ia dizer, escapou-lhe boca um pequeno verso de Drumond:

Mundo mundo, vasto mundo. Se eu me chamasse Raimundo, seria uma rima não uma solução. Você gosta de poesia, Raimundo?

O médico se surpreendeu bem mais que Raimundo com a inusitada pergunta que acabara de fazer, ainda mais acrescida de verso (!!!). Mas se surpreendeu mais ainda quando, depois de um longo tempo, já acabando de aplicar anestesia nas lesões, e totalmente esquecido da pergunta, Raimundo responde empastado: “Eu gosto de poesia..” Concentrado nos pontos da sutura, mas de algum a forma conectado à Raimundo, o médico pergunta se ele gosta de algum poeta. Na sua lenta velocidade de “cruzeiro”, ele reponde que sim. Eu o médico pergunta qual poeta, já olhando para enfermeira que o auxiliava, com ares de reprovação e graça. Santo Vinícius de Moraes... será possível que ele tem um poeta? E Raimundo responde: Charles Chaplin. Tá vendo – disse com o olhar a enfermeira – “ele tá chamando urubu de meu louro. E você está dando trela pra bebum”. Mas médico já estava empolgado e ao fim de um ponto rebate: qual poesia dele você gosta, Raimundo? Algum tempo depois ele começa:

A Vida....

É...

Uma...

Grande...

Aventura...

Da.....

Qual...

Nunca...Sairemos vivos.

(!!!!!!!)

O médico que já tinha ouvido esta frase, não sabia que ela era de Charles Chaplin e, entre curioso e feliz, pergunta a Raimundo, como ele conhecia esta “poesia”. No tempo de sempre ele esclarece:

-Eu sou pintor de parede e leio os jornais de forração...

Talvez seja importante para ilustrar melhor o caso acima e as possibilidades de

comunicação direta na clínica geral, acrescentar outra contribuição teórica de ARMONY (1998) a respeito da identificação “dual-porosa”. O autor lembra o filósofo Henri Bergson para retomar o conceito de “intuição”, já abordado anteriormente. Para Bergson é possível a realização de um conhecimento “direto” entre pessoas e entre pessoas e coisas, pois haveriam duas formas diferentes de conhecer uma coisa: *“a primeira é rodeemos a coisa; a segunda, que entremos nela”* (BERGSON 2005). Para ARMONY,

“[o pensamento de] Bergson nos conduz para além do psíquico. Seu conceito de intuição metafísica introduz-nos no âmago das coisas que chamamos inanimadas. Não é apenas o psíquico que pode ser conhecido por identificação-intuição; qualquer existente pode ser penetrado e conhecido por intuição. (...) trata-se de um conhecimento/relação direta, uma intuição que destrona a intermediação, o terceiro, a palavra símbolo de 2o grau. Bergson chama de intuição “a simpatia pela qual nos transportamos para o interior de um objeto para coincidir com o que ele tem de único e, conseqüentemente, de inexprimível”. Os processos de identificação nos põem em contato com outros psiquismos, com o espírito do tempo; a intuição alcança não só outro psiquismo, mas também a matéria, o inanimado, o ambiente físico”

ARMONY, na sua experiência clínica, identifica no borderline, como já dissemos, não uma patologia, mas um outro modo de existência, mais viável hoje, do que outrora. Este modo Borderline “com suas valências insaturadas, com sua inquietude voltada para a apreensão e manejo do criativo do mundo, com seu modo de conhecer e de se relacionar que traz a marca do materno-infantil, e pode(ria) por-se em contato íntimo, não só com outro psiquismo, mas também com o espírito do tempo, e ainda, com a natureza e com o universo em seu conjunto” (ARMONY: 1998, p 72).

Pensando a prática de uma clínica ampliada, pode-se então propor um investimento nestas disponibilidades, um aprendizado sensível, talvez nem tanto para promover estes acontecimentos na prática clínica, mas pelo menos para melhor aproveitá-los quando eles aparecem.

A Clínica Ampliada como ciência Nômade

Assim como BALINT afirmou em relação ao FLASH, podemos também afirmar que, na prática clínica, estas intensidades e comunicações diretas, precisarão conviver com sínteses e desdobramentos práticos. Nestes momentos, em que, sempre que necessário, o profissional toma a iniciativa de elaborar e compartilhar uma proposta de projeto

terapêutico, pode ser relevante retomar a centralidade conceitual na proposta de clínica ampliada do conceito de *Co-produção de Sujeitos* (CAMPOS: 2000, CUNHA: 2005). Tendo sido possível ou não estabelecer uma comunicação direta com o paciente, este momento de síntese, como dissemos anteriormente, enfrenta uma “inércia filosófica”, uma tendência causada pela lógica mutuamente excludente das disciplinas de conhecimento, que não facilita a composição de saberes, a transdisciplinaridade. Se entendermos com DELEUZE E GUATTARI (1997) que as disciplinas almejam uma tomada de poder, que espelham uma vontade de verdade universal. Se lembrarmos que esta vontade de verdade universal costuma se incomodar com o mundo singular em constante transformação, veremos que não é tarefa menor utilizar o conceito de co-produção para “compor” uma certa “singularidade operativa”. Sem a pretensão de eternidade. Sem a pretensão de negar as verdades dos recortes teóricos das diversas disciplinas, mas, ao contrário, incluindo-os, ao mesmo tempo que relativizando a cada um. O conceito de co-produção possibilita este manejo de diversos saberes e disciplinas numa composição mais adequada a cada situação singular.

Pode ser útil experimentar uma aproximação fortalecedora do conceito de co-produção na clínica ampliada com a descrição de DELEUZE & GUATTARI das ciências Nômades. Os autores falam das chamadas “ciências nômades”, ou “ciências ambulantes” diferenciando-as da ciência régia:

“O que aparece na rivalidade entre os dois modelos é, antes, o fato de que, nas ciências ambulantes ou nômades, a ciência não está destinada a tomar um poder e nem sequer um desenvolvimento autônomos. Elas carecem de meios para tal, porque subordinam todas as suas operações às condições sensíveis da intuição e da construção, seguir o fluxo de matéria, traçar e conectar o espaço liso. Tudo está tomado numa zona objetiva de flutuação que se confunde com a própria realidade. Seja qual for sua fineza, seu rigor, o “conhecimento aproximativo” continua submetido a avaliações sensíveis e sensitivas que o impelem a suscitar mais problemas do que os que pode resolver: o problemático permanece seu único modo” (DELEUZE E GUATTARI: vol 5, p. 42).

Segundo DELEUZE & GUATTARI (1997) as ciências nômades existiram (e existem) em diversos campos do conhecimento (matemática, astronomia, física...) mas sempre e cada vez mais em uma tensão com a ciência régia, de Estado. A atividade da clínica ampliada utilizando o conceito de co-produção de sujeitos como instrumento de composição singular das diferentes forças em questão (inclusive os recortes disciplinares), efetua um movimento que é de ruptura com a lógica da ciência de Estado,

com a lógica da reprodução.

“Mas isto não é assim: seguir não é o mesmo que reproduzir, e nunca se segue a fim de reproduzir. O ideal de reprodução, dedução ou indução faz parte da ciência regia em todas as épocas, em todos os lugares, e trata as diferenças de tempo e lugar como outras tantas variáveis das quais a lei extrai precisamente a forma constante: basta um espaço gravitacional e estriado para que os mesmos fenômenos se produzam, se as mesmas condições são dadas, ou se a mesma relação constante se estabelece entre as condições diversas e os fenômenos variáveis. Reproduzir implica a permanência de um ponto de vista fixo, exterior ao reproduzido: ver fluir, estando na margem. Mas seguir é coisa diferente do ideal de reprodução. Não melhor, porém outra coisa. Somos de fato forçados a seguir quando estamos à procura das "singularidades" de uma matéria ou, de preferência, de um material, e não tentando descobrir uma forma” (DELEUZE & GUATTARI: Mil Platôs, v. 5, p. 32).

A clínica ampliada guarda proximidades com este tipo de movimento que subverte a lógica dominante de relação com o saber e o poder. Um engajamento “na variação contínua das variáveis”, em lugar da extração de “constantes”. Anotar alguma proximidade da prática da clínica ampliada com uma ciência nômade significa reconhecer um lugar de permanente tensão com qualquer paradigma estruturado. Significa guardar ao mesmo tempo modéstia e presunção. Assim como a “insinuância” é um instrumento de navegação no turbilhão da comunicação direta para ARMONY, o conceito de co-produção é um instrumento operativo que dá condição e alguma segurança para efetuar uma composição entre saberes estanques, que recortam o sujeito do contexto.

É necessário pontuar que este movimento de composição de saberes é secundário à intensidade do encontro clínico ou grupal, principalmente quando ocorre uma comunicação direta, um flash ou intuição. Ou seja, quando mais eficaz, necessariamente é um instrumento que chega *atrasado*, depois que a relação clínica definiu com quais variáveis realmente será possível trabalhar. Ainda assim, não é menos importante. Desta forma utilizado, o conceito de co-produção é um conceito em aberto, como requerem as situações clínicas, principalmente no trabalho em equipe e na busca, quando necessário, de um conhecimento transdisciplinar. Os olhares de um psicólogo, de um assistente social, de vários médicos, de um enfermeiro (etc) e do usuário, podem se compor em um quadro que é uma fotografia de um sujeito (individual ou coletivo) naquele momento.

CAPITULO VI

A Clínica Ampliada e os paradigmas dominantes do pensamento ocidental. Enfrentamentos e possibilidades

Trabalhou-se durante toda a experiência com GBP, com a premissa nada modesta do Método Paidéia de que em todos os espaços e em todos os momentos, potencialmente estão presentes os temas dos “poderes, afetos e saberes”. O presente capítulo é uma brevíssima incursão nesta tríade pelo percurso de uma abordagem filosófica da história da ciência no campo da saúde. Como discutido anteriormente, CAMPOS (2003) aponta como ponto crítico da biomedicina a redução dos sujeitos ao que ele chama de “ontologia da doença” (idem p 56). Este talvez seja um elemento importante de “sustentação” da biomedicina, mesmo sendo possivelmente uma das principais causas dos seus resultados mais desastrosos. A hipótese é que haja uma *genealogia* para esta curiosa redução das pessoas a doenças.

MARTINS (1999) no texto “*Novos Paradigmas de Saúde*” busca contribuir para a compreensão de como uma certa trajetória do pensamento científico e filosófico no ocidente se constituiu de forma a moldar um paradigma de saúde mais afeito às verdades universais do que a verdades singulares oriundas da experimentação. Ainda que a prática médica tenha sempre se dado sobre indivíduos e coletivos singulares. O autor aponta que a história modificou no pensamento aristotélico a importância da verificação e da observação real na compreensão e construção das verdades. A leitura, principalmente medieval de Aristóteles, teria sido dogmática, desvalorizando a importância que o filósofo dava para a experiência concreta como instrumento na busca de verdades. Curiosamente foi

(...) “através de um neo-platonismo – devido à importância dada à matemática na busca da verdade –, que a experiência, característica não platônica mas aristotélica, volta à cena da ciência. No entanto, sempre trazendo consigo o desejo de alcançar idéias válidas universalmente, leis universais que informem do mundo a sua essência”

“O mecanicismo toma a frente da ciência definitivamente com Newton (1642-1727) e seu *Philosophiæ naturalis principia Mathematica* (1687), introduzindo a noção de força e a lei de gravitação universal: planetas e corpos terrestres seguem uma mesma lei, contrariando a cosmologia aristotélica segundo a qual haveriam leis distintas para os mundos supra e sub lunar”

“Descartes (1596-1650) enunciou o método que sintetizou os princípios do reducionismo, do mecanicismo e do racionalismo: considerar o corpo como uma máquina, e a razão como separada deste, é o que permite o projeto de objetivação da natureza-objeto, em oposição a um ego-sujeito que então a ordena, domina e manipula, dividindo-a em quantas partes for possível” (MARTINS 1999).

A presença nas práticas de saúde de um uso acrítico do princípio da separação entre sujeito e objeto afeta de maneira significativa tanto as possibilidades de comunicação na relação clínica, quanto a construção dos objetos de pesquisa e tratamento (as “doenças”). Podemos avaliar a força deste tipo de pensamento na clínica com inumeráveis exemplos da atualidade. Seleccionaremos dois de um autor que consideramos muitas vezes representativo do pensamento médico científico:

“No mesmo período em que a medicina desenvolveu antibióticos, medicamentos para controlar hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e tantas outras, a crença ridícula de que a cura do alcoolismo era simples questão de força de vontade impediu qualquer avanço nessa área” (VARELLA: FSP 07 de junho⁹⁰).

VARELLA, conhecido médico oncologista, em artigo recente em um diário de grande circulação, defende as possibilidades científicas de tratar o alcoolismo como se fosse apenas uma alteração genético-neurológica, que aumentaria a sensibilidade e a facilidade de desenvolver dependência. O foco do colunista é que o alcoolismo, como uma doença cientificamente isolável e compreendida, possa ser tratada **independente da vontade do sujeito**. A causa do problema e o tratamento estariam num âmbito biológico alheio a forças individuais ou coletivas. É curioso que, mesmo havendo **também** determinantes desta ordem, na gênese de doenças como diabetes e hipertensão arterial, citadas pelo colunista, nestas mesmas doenças, com todos os remédios desenvolvidos até hoje, nenhum tratamento razoável é possível sem a vontade do sujeito doente. O

⁹⁰ A obra do colunista Drauzio Varella é heterogênea, mas frequentemente tem o caráter de divulgação científica, sintetizando a produção momentânea da biomedicina. Difere enormemente da obra literária principalmente em “Carandiru” e “Por um Fio”.

artigo revela claramente o forte desejo, presente no imaginário médico-científico, de lidar com a complexidade dos fenômenos e principalmente com as pessoas, de forma unidimensional e unilateral. Assim, todos aqueles que, enquadráveis neste ou naquele diagnóstico, poderiam ser objetivados e objetificados em um tipo de intervenção clínica que poderia desconhecer tanto o sujeito quanto outras causalidades não pertinentes àquela escolhida pela “ciência” dominante. É curioso que o problema da adicção fica reduzido a uma teoria neurológica dos “centros do prazer”:

“Como funcionam esses centros? Eles ativam circuitos de neurônios chamados circuitos da busca. Quando você come uma coisa gostosa e passa uns dias sem comê-la, o cérebro manda que busque novamente aquele prazer. Vale para a atividade sexual, para a cocaína, para a compra compulsiva. Você gasta R\$ 5 mil em roupas, sofre para pagar o cartão de crédito, mas repete a dose. Por que faz isso? Porque, uma vez ocorrida essa ativação da busca, ela não desativa mais, mesmo que se deixe de ter prazer com a atividade. Você acha que o cara que acorda, vai para a padaria, toma uma cachaça e cai no chão está tendo algum prazer? Prazer nenhum, mas esse freio não existe para ele. Ele tinha muito prazer antes e o busca novamente” (VARELLA⁹¹).

Obviamente que este investimento teórico apresentado acima busca um desdobramento farmacológico, acenando com possibilidade do “uso de drogas” que controlem ou interfiram neste curioso “mecanismo” do “prazer bioquímico”, fechando surpreendentemente – em caso de sucesso - um círculo vicioso já conhecido com o uso de antidepressivos e diazepínicos. Destacamos o discurso biomédico sobre o tema das drogas, por ser um tema evidentemente complexo, no qual outras áreas do conhecimento tem uma produção teórica consistente, o que, mesmo assim, não intimida a biomedicina na busca por um reducionismo quase moralista.⁹²

MARTINS (1999) lembra que o otimismo despertado pelo positivismo científico foi fortemente abalado a partir do século passado, tanto por rupturas dentro do paradigma científico (como por exemplo a partir da física quântica) quanto pelos inúmeros fracassos civilizatórios desta razão “dominadora da natureza” (“bomba atômica, catástrofes ecológicas, desenvolvimento insustentável, esgotamento progressivo dos recursos do planeta, geração de bolsões de miséria, “efeitos colaterais” do “progresso” do homem

⁹¹ Retirado do “Blog da Prevenção” no sítio virtual <http://prevencaoasdrogas.blogspot.com/2008/06/viso-cambaleante-drauzio-varela.html>

⁹² O livro “número 3 da coleção SAÚDELOUCURA, da editora HUCITEC abordando AIDS, sexualidade e drogas apresenta em vários dos seus capítulos produções teóricas sobre o tema da adicção que apontam em direção contrária a proposta da biomedicina.

sobre a natureza e de certas nações, detentoras desta racionalidade, sobre outras, que não a detêm”). O autor aponta para os pressupostos e desdobramentos políticos deste paradigma:

“O ideário da ciência moderna se define portanto (...) da seguinte maneira: a complexidade do mundo em contínuo devir pode e deve ser reduzida a leis pelas quais seus movimentos, complexos, podem ser tidos como mecânicos. As leis mecânicas aparecem assim como as regras ocultas que regem a natureza, e que podem ser desta apreendidas submetendo-se a natureza a experiências, sendo estas determinadas e analisadas pela razão, pela inteligência humana. Assim, o homem racional poderá prever e portanto determinar, pela análise do presente e do passado, o que ocorrerá no futuro, conquanto que controle as variáveis presentes. A inteligência humana, deste modo, se aproxima da inteligência divina. O Deus medieval morreu, mas em seu lugar erige-se um outro Deus, o Homem, em certo sentido ainda mais potente, pelo fato de poder dominar e manipular a natureza a seu grado. A natureza, a ser dominada e submetida, constitui-se não somente nos reinos vegetal e mineral e nos animais não racionais – autômatos, segundo Descartes, objetos para servir ao homem, segundo Kant –, mas também nos animais racionais por definição porém desnaturados pela distância (atribuída pelo Homem e pela Ciência) para com a razão calculante, a saber: mulheres e crianças; assim como nos povos, raças e nações igualmente distantes desta racionalidade científica (cientificista), assim definida” (MARTINS: 1999).

Fica evidente a “funcionalidade” deste paradigma aos processos de dominação difusos na sociedade contemporânea. É interessante lembrar que para ESPINOSA, um crítico de Descartes, o universal é algo absolutamente distinto:

“um universal, para que seja universal, deve estar presente em todos os particulares do universo em questão. Caso contrário, está-se inventando que algo que não é universal, com o fim de impor aos particulares algo que não lhes é adequado” (MARTINS: 2007).

É interessante acrescentar que a medicina ocidental não é uma ciência⁹³, no sentido conferido ao termo às várias disciplinas que a alimentam: biologia, fisiologia, química, física (s), bioquímica etc.:

(...) [a medicina] não se constitui, em nenhum momento, no bloco conceitual monolítico que se supõe. Sub o título "medicina" abrigam-se uma técnica de prospecção de queixas (anamnese), outra de esquadramento de sinais (semiologia) e um inventário de categorias diagnósticas - "doenças" - e de seu tratamento (clínica), Tratamento

93 É precisa a definição de racionalidade científica de LUZ: 1988 (apud CAMARGO): Madel Luz (1988), a racionalidade científica caracteriza-se basicamente por ser um modo de produção de verdades mutáveis, a partir da aplicação de um método alçado à categoria de doxa, por sua imutabilidade, e que pressupõe a formulação de enunciados lógicos, preferencialmente em linguagem matemática.

entendido como um conjunto de estratégias de aniquilamento dessas "doenças", usualmente baseado no uso de medicamentos e/ ou cirurgias. Estes três pilares assentam-se (do ponto de vista da formalização teórica) em disciplinas múltiplas, algumas especificamente ligadas à atividade médica (como a fisiologia e a anatomia patológica), e outras de conexão mais remota (biologia, química). Uma outra disciplina fundamental para a medicina é a epidemiologia, que se apóia cada vez mais na matemática, Esse conjunto desigual também se subdivide, por sua vez, num número crescente de ramos (especialidades), progressivamente mais restritos e pulverizados. (...) E é, ela mesma, um emaranhado igualmente desarticulado em que se misturam várias peças dissimétricas que incluem em proporções variadas tradição, ciência, pressão das indústrias farmacêutica e de equipamentos e larga margem de incerteza. (CAMARGO, K 2003)

CAMARGO (2003) chama a atenção ao fato de que não é o rigor metodológico ou o enquadramento em critérios científicos que “sustenta” a medicina. A medicina, assim como outras produções de conhecimento, procura se aproximar o máximo possível da “ciência” enquanto detentora de um certo monopólio de produção de verdades. No entanto, com a contribuição de MARTINS (1999), podemos compreender que a própria ciência se ampara em pressupostos filosóficos pouco explícitos. A não explicitação destes pressupostos cria um espaço “mítico”, em torno da história da ciência e do método cartesiano. Sob este campo mítico, desejos, interesses e correlações de força se escondem. As análises de TOMAS KUHN (1998) e PAUL FEYERABEND (1985), no campo da epistemologia da ciência, demonstram que a história (das revoluções científicas) não é linear, que a ciência está fortemente influenciada por forças sociais e características pessoais dos pesquisadores e que o método cartesiano precisou ser “ignorado” para que as grandes descobertas e mudanças de paradigma ocorressem.

CAMARGO ressalta que “é justamente a pretensão de construção de generalidades que possibilita a acolhida da medicina no seio das ‘ciências naturais’”.

Porém, como demonstra Ginzburg, o paradigma da clínica é outro, aquele que denomina de "indiciário"; o primado da decodificação dos signos construindo individualidades. Segundo este autor, ao invés de operar sobre generalidades, este paradigma tem sentido justamente na individualização, feita a partir da leitura de sinais:

"(...) Ora, é claro que o grupo de disciplinas que chamamos de indiciárias (incluindo a medicina) não entra absolutamente nos critérios de cientificidade deduzíveis do paradigma galileano. Trata-se, de fato, de disciplinas eminentemente qualitativas, que têm por objeto, casos, situações e documentos individuais, enquanto individuais, e justamente por isso alcançam resultados que têm uma margem ineliminável de casualidade; basta pensar no peso das conjeturas (o próprio termo é de origem divinatória) na medicina (...) A ciência galileana tinha uma natureza

totalmente diversa, que poderia adotar o lema escolástico individuum est ineffabile, do que é individual, não se pode falar. O emprego da matemática e o método experimental, de fato, implicavam respectivamente a quantificação e a repetibilidade dos fenômenos, enquanto a perspectiva individualizante excluía por definição a segunda, e admitia a primeira apenas em funções auxiliares." (Ginzburg: 1989:156 APUD CAMARGO: 2003).

É de se notar que mesmo em campos como a física e a química, hoje se busca cada vez menos uma universalidade totalizadora. Antigas Leis, como as de “Newton”, hoje são reconhecidamente conceitos aplicáveis dentro de certos contextos.

Mas haveria então uma fragilidade intrínseca à medicina, quanto ao grau de cientificidade cartesiana, somada a uma crise da própria ciência cartesiana, enquanto um projeto de poder de determinada civilização no ocidente. Em relação a esta ciência em crise, MARTINS (1999) acrescenta uma importante dimensão afetiva à sua gênese:

Tudo começou, como era de se esperar, com Platão. Em termos de ideário de civilização, começou com Platão; em termos psíquicos, podemos compreender sua empreitada humanamente: diante das mudanças, no mundo, nas relações, em nós mesmos, nossa civilização optou por denegá-las, controlá-las, por diminuir os imprevistos e se possível anulá-los. Fugir da dor, do tempo, do perecimento, da espiral da vida que contém necessariamente a morte e pequenas "mortes"; tender, portanto, a Deus, à perenidade, imutabilidade, imortalidade e onipotência de Deus, para não mais se ver às voltas com a imperfeição dos corpos. O ideário da ciência é, pois, fruto de uma visão de mundo – datada e não necessária – que encontra seus primórdios na filosofia e no empreendimento de Platão: buscar a segurança da imortalidade, só é possível naquilo que não perece, isto é, no imaterial – no ideal, na idéia, no inteligível, aos quais alcançamos através da razão. Platão fora o primeiro, portanto, a menosprezar o corpo, a matéria e os sentidos. A menosprezar o mundo real em prol de um mundo moral, racional, idealizado. A sentir a vida como perigosa, e a desejar uma ordem que a cristalize, que a domine, que a controle, que legisle. E este domínio somente pode se dar a partir daquilo que nos leva para o mundo do controle, do não-tempo: a razão, que deve, pois, impor sua lei sobre o real, a carne, o corpo, a matéria, a natureza, assim como sobre os entes e os povos que não a detêm. MARTINS (1999)

Afetos, poderes e saberes intrincados, constituindo uma Ciência e influenciando a biomedicina. A boa notícia deste ponto de vista é que a crise do mundo contemporâneo, em grande parte uma crise da ciência, é uma crise bem vinda porque “*anuncia a falência justamente desta visão segundo a qual a identidade imposta pela razão, pela idéia, ao indivíduo, é mais definidora de si do que sua própria realidade somatopsíquica.*” Mas como é possível o trânsito livre e rápido entre o micro celular ou atômico para o macro,

como relatado acima no discurso biomédico a respeito da dependência química?

Em geral os cientistas têm consciência de que trabalham com reduções, com objetos laboratoriais simplificados e não com objetos reais complexos, mas em geral acreditam que a simplificação laboratorial desvela a essência do objeto complexo real, e não o contrário – que consistiria em perceber que a essência do objeto real é complexa, e que a abstração científica a perde em prol de uma operacionalidade técnica. A crença ainda hoje predominante é a de que a redução mecânica é mais verdadeira do que a complexidade real, ou ainda: que a redução formal indica (aristotelicamente), o ser real, a “verdade” última e primeira. É o que prevalece também para as pessoas em geral, posto que os próprios cientistas alimentam este mito da cientificidade: o que é “científico” vale mais, é mais verdadeiro, pois foi “provado” laboratorialmente, “cientificamente”. (MARTINS: 1999)

O problema portanto não seria a redução, mas a construção ideológica superposta a esta redução:

a mistificação perversa da ciência surge quando reducionismo, mecanicismo e determinismo tornam-se positivismo e cientificismo, isto é, uma ideologia, segundo a qual ciência é sinônimo de redução e esta, por sua vez, diz (desvela, determina ou estabelece) a essência da realidade, a ordem do diverso sensível, caótico que seria sem ela.

A representação laboratorial se cobre da aura de uma estrutura reveladora ou determinadora da essência (e portanto da cura) do real, distinta porém deste real imanente, vivencial e complexo. O objetivo da ciência passa a ser o de legislar sobre a vida, apresentando uma outra ‘vida’ (a “biológica”, para a medicina, a “simbólica” para certas correntes psicanalíticas) como sua verdade ou sua lei. (MARTINS: 1999)

Esta é uma distinção importante: o conhecimento obtido por reduções e fragmentações não é necessariamente problemático se não for tomado como totalidade, como ideologia. MARTINS (1999) retoma a importância do enfrentamento da dimensão afetiva na construção de um novo paradigma de saúde

Como um primeiro esboço conclusivo (entenda-se, em verdade, introdutório), podemos dizer que a morte passa a ser tida como parte da vida (como, aliás, já o fora em outras épocas de nossa história); a vida como transformação (e não mais como perenidade, autoconservação ou cristalização). Por conseguinte, a saúde (física, psíquica e ambiental) como capacidade de transformar-se, de morrer para o antigo para renascer para o novo; e a enfermidade (física, psíquica e ambiental) como a impossibilidade modal e momentânea de transformação (de renovação, de regeneração), o desejo de cristalizar o fluxo do tempo, de parar a pulsão de vida que constitui ao mesmo tempo o nosso psiquê-soma e todo o universo.

Toda esta investigação filosófica tem por objetivo enriquecer as possibilidades de

ofertas nos GBP e qualificar os enfrentamentos que se desdobram a partir da proposta de clínica ampliada. Ou seja, o mito da “doença” como um Ser independente tem raízes importantes e fortes. A partir desta compreensão mais se justifica a busca de aliados, por exemplo, nos vários filósofos críticos do platonismo que amparam a crítica apresentada no trabalho de MARTINS (1999). A oferta teórica destes filósofos (através de Luiz Fuganti e Ricardo Teixeira) no contexto do GBP, pode ter sido importante para dar suporte ao grupo, na medida em que as discussões evidenciam limites da ciência e dos recortes diagnósticos. Esta “outra forma de lidar” com os eventos mórbidos, com o sofrimento e a morte exige uma certa capacidade de “digestão”, de elaboração que requer rupturas com a lógica de “linha de produção” na organização do trabalho. Exige outros espaços coletivos e outros “tempos”, destinados uma democratização institucional tal como abordado anteriormente na apresentação do Método Paidéia. E exige também um aporte crítico e um aporte conceitual (diferente do hegemônico) bem estruturados.

Medicalização e clínica: influência do pensamento religioso

*“cérebro eletrônico nenhum
me dá socorro em meu caminho inevitável
para morte”*

Cérebro Eletrônico - Gilberto Gil

Como vimos anteriormente, a atenção básica se sustenta em práticas clínicas e gerenciais que potencialmente se contrapõem à vários modos dominantes de ver a ciência, a saúde e o trabalho. A clínica ampliada, aqui considerada central no trabalho na Atenção Básica, reconhece a importância e os limites dos recortes teóricos disciplinares diante dos sujeitos, mesmo quando estes recortes se querem suficientes. A adscrição de clientela, o vínculo e a coordenação de casos pressupõem uma atividade fortemente marcada pela singularidade em oposição a um desejo socialmente hegemônico de suficiência das médias e diagnósticos universalizantes.

Um indicador das dificuldades de enfrentar o pensamento hegemônico são propostas que, mesmo sustentadas por parâmetros aceitáveis do paradigma científico dominante, provocam tensão na representação cultural deste mesmo paradigma, por não se encaixarem nas expectativas sociais que este paradigma alimenta. Um exemplo é o baixo valor preditivo positivo dos exames na atenção básica (em situações de doença com baixa prevalência)⁹⁴, que enfrentam grande dificuldade de compreensão no “senso comum”, que acredita que quanto mais “exames melhor” e desacredita nas iatrogenias e limites dos exames. Outro é a possibilidade de se fazer medicina na Atenção Básica com alta qualidade, mas com indefinição diagnóstica de até 50% dos atendimentos (CROMBIE: 1963, KLOETZEL: 1996). Fato causado pelos limites dos diagnósticos e a frequente remissão espontânea de muitas queixas. A tal ponto que, *KLOETZEL (1996) propõe como ferramenta clínica na ABS a demora permitida e achado casual de exames. São características antigas da clínica na ABS, bastante reconhecidas na literatura especializada nos países com ABS instituída, que, no entanto, contrariam o pensamento*

94 A WONCA Associação internacional de medicina de família propõe que a clínica na atenção básica seja uma clínica capaz de lidar com o baixo valor preditivo dos exames em situação de baixa prevalência de doenças.

hegemônico e os mitos em relação à ciência. No Brasil estes aspectos, embora bastante conhecidos na literatura, não encontram eco sequer nos espaços de formação.

Pelo relatado acima e no capítulo anterior, pode ser importante aprofundar a compreensão e distinção das forças que estão parcialmente fora da racionalidade médica e científica, mas que contribuem com a medicalização, a invenção de doenças, o desejo coletivo de cifras padronizadas e de “normatividades” para quase todos os campos da vida. Ou seja, busca-se compreender (genealogicamente) os afetos que sustentam estas forças, tanto para melhor “produzir” / “provocar” movimentos de percepção/análise coletiva destes afetos, quanto para tentar aprender a não reforçá-los nas práticas clínicas e gerenciais. Em função da experiência com o GBP será destacada a presença de heranças do pensamento mágico-religioso na dinâmica das práticas de saúde e na medicalização da sociedade.

MARTINS (2005) apresenta uma contribuição na compreensão do processo de medicalização no campo dos problemas psíquicos. Embora se trate de uma análise circunscrita a este tipo de problema de saúde, nos interessa abordá-lo pela prevalência dele na ABS, pelo intenso processo de medicalização psicotrópica na ABS (DANTAS 2009) e porque as dificuldades da sociedade contemporânea com sofrimento psíquico podem guardar semelhanças fundamentais com as dificuldades com outros problemas de saúde. Na discussão de casos durante a experiência com GBP percebemos em muitos momentos a presença desta lógica derivada das religiões.

MARTINS (2005) defende a hipótese de que há uma continuidade entre as propostas / produções subjetivas das grandes religiões monoteístas para lidar com o sofrimento e a morte, a as propostas / produções subjetivas da “ciência” contemporânea. O que nos parece diferenciador na contribuição de MARTINS (2005) é a vocação genealógica (no sentido nietzchiano) das suas reflexões, buscando os desejos e as forças que alimentam estes movimentos. O autor utiliza a abordagem de WINNICOT para estabelecer uma relação entre certo tipo de funcionamento psíquico individual – resultado de um desenvolvimento “insatisfatório”⁹⁵ - com certo tipo de funcionamento psíquico coletivo no contemporâneo.

Tanto a religião quanto os fármacos se apresentam em nossos dias como soluções mágicas e milagrosas aos males individuais, supostamente

95 ambiente excessivamente invasor ou excessivamente ausente resultando na *defesa maníaca*

capazes de desfazer angústias sem desemaranhar suas causas. Como veremos, estas soluções mascaram a origem afetiva interna e inter-relacional das dificuldades psíquicas encontradas por todo ser humano – portanto por cada um de nós – em sua inserção no ambiente onde vive e que o constitui.

Uma parte destes valores atuais teria haver com um funcionamento de certa forma religioso da sociedade contemporânea. Defendendo esta hipótese, o autor resgata a crítica de três autores às religiões monoteístas mais conhecidas.

Em primeiro lugar ele resgata a crítica de FREUD:

Como se sabe, Freud (particularmente em O futuro de uma ilusão) considerava a religião uma ilusão no sentido de que ela se colocaria no lugar de um Pai protetor, benevolente e ameaçador, fazendo com que os homens tornassem seu desamparo tolerável, o que teria um efeito maléfico pois os levaria a desacreditar nos poderes da cultura em resolver os problemas humanos, levando os homens assim ao comodismo e à inação, e até mesmo, escreve Freud, a uma atrofia da inteligência. Como um ópio que entorpeceria o homem e o faria aceitar suas neuroses, ao invés de tentar resolvê-las.

Se resumíssemos a crítica de FREUD na palavra “infantilização” poderíamos encontrar facilmente nas organizações de saúde indícios da construção de relações análogas entre profissionais e usuários. Para não dizer muito, apelidos diminutivos como “mãezinha”, vizinho(a), entre outros, assim como as ações de saúde pública moralizando os riscos de adoecimento (TEIXEIRA: 2004), sem falar na tendência de compartilhar pouco as decisões. A relação das instituições modernas com as religiões também é apontada por FOUCAULT (1983), para quem o chamado “poder pastoral” da igreja teria sido assimilado pelo Estado moderno no seu modo de exercer poder sobre a vida de “todos”. Voltando ao texto de MARTINS (2005):

O autor retoma a crítica de Nietzsche à religião, enquanto uma proposta moral e ressentida, na medida em que instaura a existência do mundo ideal e paradisíaco em oposição ao mundo real, fazendo do ressentimento e da “falta” instrumentos de dominação.

“Já em 1878, por exemplo, no terceiro livro de Humano, demasiado humano, denominado ‘A vida religiosa’, Nietzsche denuncia que o homem religioso acredita em um “inimigo interno” a fim de tornar a vida mais suportável, produzindo-o enquanto tal e cultivando-o: (...)“É o procedimento da religião e destes metafísicos que pretendem que o homem seja mau e pecador por natureza, tornando-lhe a natureza suspeita e fazendo-o assim pior”. (...) Deste modo, prossegue, o homem “se sente oprimido por um tal fardo de pecados, que forças sobrenaturais

parecem necessárias para retirar-lhe este fardo: e assim se produz esta necessidade de redenção (...), que responde a um estado de pecado, de modo algum natural, mas adquirido pela educação”, pela moral. “A intenção não é que ele se torne mais moral, mas que ele se sinta o mais pecador possível” (idem), para que a moral se lhe pareça mais e mais necessária. (...) No terceiro livro de Para além de bem e mal, intitulado “O ser religioso”, afirma que “a religião e a significação religiosa da vida (...) reconfortam, tiram partido do sofrimento, e chegam a santificá-lo e a justificá-lo” (§61), “elas dão razão a todos aqueles que sofrem da vida como de uma doença, e gostariam de apresentar como falso todo sentimento outro da vida e torná-lo impossível” (§62), cultivando um “ódio contra a terra” em nome de um além, pregando que se deve “renunciar ao mundo, castigar seus sentidos”, a fim de “aceder a uma humanidade superior”. (MARTINS: 2005)

Para Nietzsche, o pensamento religioso típico é inimigo da vida e, portanto, da alegria. Reforçando a analogia proposta por MARTINS (2005) podemos lembrar o quanto a tradição idealista das instituições de Saúde, na medida em que tende a operar com padrões ideais fixos do funcionamento biológico e social, se parece com a religião e sua moral. Os parâmetros fisiológicos de normalidade transformam-se em ideais inalcançáveis. Os padrões saudáveis de dieta e comportamento também. Tudo isto lembra muito o modo religioso de proceder. Talvez por isto BALINT tenha identificado um padrão “apostólico” na clínica dos médicos generalistas britânicos, já em meados do século passado. A vida então, tal qual na religião, não é o que pulsa e se reinventa nos embates do viver, mas apenas aquilo que se busca pelas intervenções, de controle ou 'cura', adaptar a ideais fixos. Um sintoma deste desligamento dos serviços de saúde da vida real é a grande dificuldade de se “desligar” aparelhos nas UTI's, quando tão somente existe uma vida fisiológica. Ocorre, da mesma forma que na religião, o que NIETZSCHE chama de desqualificação da vida real em nome de uma que seria 'a' ideal. PITTA (1989) destaca o quanto os serviços de saúde encarnam o papel social de “negar a morte” numa sociedade que a entende como derrota.

TEIXEIRA R (2004) utilizando ESPINOSA destaca os procedimentos de diminuição da vida, através dos fatores de risco:

Postulamos que, contemporaneamente, é a chamada biomedicina ou biotecnomedicina que desempenha, em boa parte, este papel outrora desempenhado pelas religiões: impor signos de tristeza como se fossem o caminho para a felicidade ou a própria felicidade, novas “servidões” como se fossem “libertações”. Por exemplo, todas as preocupações que passam a reger uma vida orientada pela noção de risco (pela possibilidade de que determinados corpos não convenham com o nosso), tal como é proposta

pelas principais práticas atuais de medicina preventiva, promovem, do ponto de vista espinosano, servidões diminutivas (como são os afectos de medo), que podem, entretanto, se transformar em potências apenas fracamente aumentativas (como são os afectos de esperança), na dependência de uma salvação que só poderá ser obtida por suas próprias promessas biotecnológicas: toda diminuição de potência promovida pelo conhecimento dos riscos que nos ameaçam e nos rondam constantemente (e cujo carácter “totalitário” fica tanto mais evidente quando nos damos conta de que várias destas condições de risco dizem respeito a aspectos de nossa vida “normal”), só pode ser recuperada através dos objetos de salvação da própria medicina. Inventa o pecado e inventa a salvação do pecado. Ou, mais propriamente, inventa a salvação, que inventa o pecado. (TEIXEIRA: 2004)

MARTINS (2005) traz também uma crítica de Espinosa, que seria essencialmente uma crítica ao pensamento supersticioso.

No Apêndice da parte I de sua Ética, Spinoza mostra que os homens, pelo simples fato de tirar algum proveito das coisas da natureza, partilham do preconceito de que elas existem para lhe servir, que foram portanto criadas por Deus para servir ao homem, e que, por sua vez, Deus criara o homem para lhe servir. Projetam assim em Deus a imagem de um déspota, vaidoso e mesquinho, que pune e premia, e a quem devem agradar, portanto, a fim de receber em troca sua proteção. “E, embora a experiência mostrasse cada dia por uma infinidade de exemplos que as vantagens e os inconvenientes acometem indistintamente tanto os devotos quanto os ímpios, os homens não se desfizeram desse preconceito” (E I, ap.). Tudo o que não compreendemos, o que achamos injusto ou cruel, explicamos pela “vontade de Deus, este asilo da ignorância” (idem).

É como se a religião institísse a possibilidade da “barganha” com as forças “divinas” procurando descobrir moedas de troca com o “além”. Sem deixar de reconhecer que as religiões descobriram na história da humanidade inúmeras tecnologias de conservação e ativação da vida (por exemplo, dietas protetoras ou formas de ativação da solidariedade grupal ou tecnologias de meditação, etc); o carácter supersticioso e projetivo das religiões também é evidente e bem disseminado, no Brasil e no mundo de hoje. ESPINOSA, no entanto, chama atenção para a projeção das “causas” para fora do indivíduo, reforçando uma situação de desconhecimento da co-produção das relações, gerando uma obsessão simplificante por projetar a causa em um culpado único (muitas vezes um “bode expiatório”). Tal procedimento dificulta a percepção da complexidade. Este tipo de relação tende a empurrar os indivíduos e coletivos para uma posição de permanente ignorância em relação a si mesmo. Espinosa critica a confusão que se estabelece através deste tipo de projeção: “em vez de pensar: que tal coisa é boa (ou o Bem) e por isto eu gosto dela, descobrir que antes é porque eu gosto dela que a

considero boa” (FUGANTI: 2007). Esta proposta espinosana convoca a uma prudência.

O que há em comum nas críticas spinozista, nietzschiana e freudiana à religião é o fato de que esta difundiria preconceitos e superstições. Spinoza e Nietzsche acrescentam a isso seu caráter moral: a superstição serve como meio de convencimento e imposição moral. Nietzsche enfatiza que a moral deprecia a vida; e analogamente, Spinoza observa que a crítica moral à natureza humana tal qual ela é, revela na verdade um ódio ao homem. Em suma, a religião consola o homem face a seus males e dores, porém o faz ao preço de renegar a existência e a vida, em prol de uma idealização – platônica, observa Nietzsche – do homem e do mundo, inexistente e inalcançável.

Isso fica mais claro quando se pensa a religião como preconizadora, tal como Sócrates, de uma vida melhor após a morte, valorizadora do sofrimento como sinônimo de virtude da alma, de desapego da carne, da matéria, do mundo, dos sentidos, valorizadora da abnegação e negação de si, do serviço e do sacrifício. (MARTINS 2005)

A abordagem crítica das religiões e suas conseqüências nas instituições e na história sempre foi um tema delicado, muito embora com um pequeno esforço seja possível notar o quanto, ao contrário do que se poderia imaginar, esta abordagem se faz cada vez mais necessária. A saudável herança da revolução francesa de um Estado laico, parece mais frágil agora do que outrora. No Brasil, organizações religiosas perderam toda noção dos limites: buscam ocupar desde siglas partidárias, com respectivos espaços nos poderes legislativo e executivo, quanto cadeias de televisão, rádio e disciplinas escolares. Buscam sem nenhuma timidez influenciar em leis que regulam (e limitam) direitos individuais com vistas a impor para todos, fieis ou não, os seus dogmas (tema do aborto, da homossexualidade, etc). O estudo das religiões permitiu compreender melhor outras instituições, assim como o próprio homem. Mas estas descobertas valem menos como instrumento de democratização institucional, quando a “religiosidade” aumenta, tanto nas instituições não religiosas na sociedade. Por que não é possível, ainda menos hoje que no tempo dos seus escritos, desconsiderar a relação entre um certo modo institucional de funcionamento das religiões e a intolerância e a crueldade com os “diferentes”, “com os de fora”:

Desse modo, uma religião, mesmo que se chame a si mesma de religião do amor, tem de ser dura e inclemente para com aqueles que a ela não pertencem. Fundamentalmente, na verdade, toda religião é, dessa mesma maneira, uma religião de amor para todos aqueles a quem abrange, ao passo que a crueldade e a intolerância para com os que não lhes pertencem, são naturais a todas as religiões. Por mais difícil que possamos achá-lo pessoalmente, não devemos censurar os crentes severamente demais por causa disso; as pessoas que são descrentes ou indiferentes estão psicologicamente em situação muito

melhor nessa questão [da crueldade e da intolerância]. Se hoje a intolerância não mais se apresenta tão violenta e cruel como em séculos anteriores, dificilmente podemos concluir que ocorreu uma suavização nos costumes humanos. A causa deve ser antes achada no inegável enfraquecimento dos sentimentos religiosos e dos laços libidinais que deles dependem. (FREUD 1921)⁹⁶

Diante deste quadro parece bastante importante na saúde coletiva, na gestão e na clínica retomar as produções teóricas sobre o tema e investigar as conseqüências atuais da influência e domínio do pensamento religioso. Tanto em assimilações na função do Estado (Função Pastoral – FOULCAULT 1983), nas práticas clínicas (“confessionais”), e nos vários tipos de idealismo que aproximam os serviços de saúde das organizações religiosas. Na experiência do GBP este tema se destacou e foi possível produzir uma tabela síntese das possíveis influências do pensamento religioso, à guisa de convite para investigações maiores e manejo de futuros GBP.

⁹⁶ FREUD, S “Psicologia das Massas e Análise do Ego”.

herança	característica	Influências
Trabalho em saúde como “missão” religiosa	A relação clínica torna-se sobretudo uma relação de piedade e evangelização ⁹⁷	Alta tolerância às condições inadequadas de trabalho. Visão dogmática dos próprios valores. Baixa capacidade de buscar e ativar a potência imanente. Facilidade para impor valores morais próprios (função apostólica) Facilidade para perpetuar humilhação social ou dificuldade de construir o SUS como direito de cidadania: sofrimento é edificante ou “carmático”. Desqualificação do mundo e da vida real em nome do mundo e da vida ideal (depois da morte). Dificuldade com a dimensão lúdica do trabalho (o gozo indireto e adiado é facilitado). Portanto sintonia com a obstaculização da realização da “obra” da organização taylorista.
Infantilização / função pastoral	Trabalho em saúde como tecnologia de poder e dominação da ciência e do mercado	Baixa capacidade de compartilhar decisões. Discurso do “Não” e da “proibição” pelo uso da “autoridade” Baixa capacidade de publicizar informações que colocam em dúvida o poder mítico da ciência. Efeitos colaterais e limites confundem-se com “erros” e “acidentes”. Grande facilidade de distinguir as “ovelhas” com marcas de ferro quente (o grupo dos “hipertensos”, “dos diabéticos” etc). Baixa capacidade de contribuir para uma relação menos infantilizada e negativa com o medo da morte e o sofrimento (perpetua negação simples da morte e a esperança na vida eterna através da ciência). Morte e doença como derrotas da ciência. Os “dízimos” são comportamentos, dietas, exames e remédios consumíveis a-criticamente. Alta sintonia com o “the best one way” taylorista (protocolos, MBE, etc).
Padrão de relação <i>pastor/bispo/padre x rebanho</i> na gestão das organizações.	Gestão centralizada Gestão pelo medo Alto grau de hipocrisia institucional e cinismo ⁹⁸ suprimindo os temas do Poder e dos Interesses	Relação gerencial com profissionais é preferencialmente de “mando” Pouca permeabilidade a temas da co-gestão e democratização institucional. Desinvestimento dos espaços públicos, hábito de resoluções e decisões “secretas”.
Investimento nas paixões tristes de medo, culpa e tristeza	Instituições de saúde com práticas de saúde que reforçam o medo e a esperança.	Preferência pela intimidação e terrorismo (difusão do medo) para obter “adesão” clínica. Culpabilização indigivdual dos doentes (naturalizando determinantes sociais e culturais). Transformação dos fatores de risco em doenças, amplificando a sensação de dependência, a fragilidade e o medo. Baixo investimento na compreensão inclusiva dos afetos.

97 BALINT tem dois capítulos dedicados à “função apostólica”. Em um dos nossos grupos um profissional se referindo a um paciente idoso que fora muito rico e adotava com o serviço uma postura arrogante e desafiadora, proferiu: “ele é muito orgulhoso ainda. A vida está tentando ensiná-lo a ser mais humilde mais ele está se recusando a aprender. É necessário cortar os diazepínicos para ele, porque ele está dependente e precisa respeitar o serviço de saúde”

98 Pesam sobre as costas das religiões cristãs a prática ou convivência interessada com os mais bárbaros crimes da história da humanidade; desde as cruzadas, a inquisição, até o genocídio de povos e culturas no continente americano (CLASTRES 2003 p 115) e africano, a escravidão e, mais recentemente, a convivência com regimes ditatoriais na América do Sul, o descaso com a prevenção da AIDS (no caso da Igreja católica), tudo em nome do “Bem e dos mais altos valores”.

CAPÍTULO VII

E nos tornamos especialistas cada vez mais fragmentados, desvinculados das grandes questões humanas, sociais, planetárias. E vamos vivendo acoplados a uma parcela tão pequena da realidade que chegamos a esquecer quem somos, o que buscamos. Se, por um lado, a fragmentação do ensino respondia à necessidade de produzir uma educação “em massa”, por outro, atendia à fundamentação ideológica do novo regime, avesso à reflexão e à crítica, como mostram as denominações que ainda hoje usamos: grade curricular, disciplina, prova. Viviane Mose – “a fragmentação do ensino”

Considerações sobre o processo de formação dos profissionais de saúde, a co-gestão e a clínica ampliada

É um tanto unânime a importância dos processos de formação na qualidade da atenção. Muito papel se gasta com discussões de reforma curricular e declarações de compromisso com a qualidade e a ética na formação dos profissionais de saúde. No entanto, a formação é profundamente dependente da vida organizacional real: escolas e serviços de saúde dedicados ao ensino. Estes espaços reais dos serviços, principalmente hospitais, são difíceis de se modificarem. São práticos e ali se ensina pela demonstração muito mais do que pelas palavras. O objetivo deste pequeno capítulo é reunir algumas propostas e interrogações inspiradas nesta experiência com GBP, com a intenção de contribuir com as transformações na formação dos profissionais de saúde. Muitas das informações utilizadas tem como fonte a própria experiência institucional do autor.

Como foi dito acima, ensina-se infinitamente mais pela demonstração concreta do que pelo discurso, e não é raro que o discurso - mesmo em forma de disciplinas curriculares - se antagonize diretamente com os fatos rotineiros dos serviços (por exemplo as disciplinas de bioética VS a prática nos serviços). Assim entendendo e apostando que os serviços de ensino, hospitalares e não hospitalares, devam ser serviços reais, imersos no SUS e não serviços de “redoma”, falsamente protegidos da realidade, há que se admitir que há uma complexidade suplementar em transformar os processos de formação. Qualquer mudança passa minimamente pela relação entre duas instituições diferentes e complexas: a instituição de ensino e a instituição de saúde (inserida no SUS), com seus

diversos e diferentes serviços. Diante destas considerações a primeira proposta, como não poderia deixar de ser, é a possibilidade de incorporação dos GBP como ferramentas didático-gerenciais no ensino em saúde. Abaixo segue um generoso relato de uma colega médica generalista e consultora da Política Nacional de Humanização. Ela estudou em uma escola em que houve, durante algum tempo, uma experiência com grupos inspirados em Balint:

Toda uma expectativa, todo um desejo, pois afinal era a minha primeira anamnese, a primeira vez que estava diante de um paciente, uma atitude profissional! Tinha uma tarefa a cumprir, aliás uma grande tarefa, pois a lista de perguntas era interminável. Uma sala de consultório, cadeiras para meus cinco colegas e professor, uma grande mesa de madeira. Tudo certinho, no seu devido lugar, inclusive a minha “cola” apesar das perguntas estarem na ponta da língua.

A paciente era uma jovem de uns 30 anos, convidei-a para entrar, sentar, me apresentei, aos meus colegas e comecei: identificação, queixa principal, história da moléstia atual, tudo ia direitinho e eu super feliz por estar naquele lugar... até um momento, não sei o que perguntei de errado (será que foi errado?), a paciente começou a chorar, um choro contido no início e bem visível depois. Eu ali, parada, diante de uma pessoa que estava sofrendo, expressando seu sofrimento no meio de todos e eu sem saber o que fazer, como agir, e deveria saber, afinal estava diante da “minha” paciente, “minha” responsabilidade. Procurei através do olhar uma ajuda, um gesto do meu professor, mas não encontrei; olhei para os colegas e eles estavam tão aflitos quanto eu. Olhei novamente para o professor, com um olhar de “me ajuda, por favor”, mas... em vão. Uma sala com tantas pessoas e me senti realmente sozinha, insegura, impotente. Só me passavam pensamentos como: - o que eu faço agora? – como vou dar conta disso? – o que preciso falar para ela? – Meu Deus, que médica eu vou ser? E não tive respostas, a única coisa que consegui fazer foi segurar em sua mão e aguardar o choro passar. Fiz um esforço enorme para continuar naquela situação. Acabamos a anamnese, fomos para o exame físico, o professor detalhando, os exames solicitados, um aperto de mão, até logo e uma frustração enorme dentro do meu peito. Discutimos todo o caso, menos o choro, o sofrimento, o sentimento. No final, quando ele já estava indo embora só me restava perguntar:

- Como deveria ter me portado frente aquela situação?

– Isso mesmo, é muito comum um paciente chorar.

Continuei não tendo eco e me sentindo completamente despreparada para lidar com um paciente. Lembro-me da minha agonia e nervosismo para a segunda vez!

Felizmente, naquela semana tivemos nosso “Projeto Padrinho”: um grupo de alunos que se encontravam com um professor Padrinho, para conversar sobre as experiências dos aprendizados na faculdade. Ali tive a oportunidade de me colocar, falar da minha agonia, da minha tristeza, da minha impotência, do meu medo para o futuro... Lá pessoas me escutaram, tive apoio, ouvi experiências semelhantes, descobri que mesmo após anos de formada ainda haveria de me deparar com situações

que me deixariam “sem chão”... Esse foi um grupo muito importante para minha formação, um espaço para discutirmos algo além da patologia, da fisiologia, dos exames. Falávamos da vida, do real que não estava escrito nos livros. Nossos medos podiam vir à tona e nos mobilizávamos para nos tornarmos pessoas mais fortes, mais seguras e ativas.

Hoje em dia, quando sou tocada por uma situação, quando meus sentimentos ficam confusos, quando vejo que sou apenas uma médica, quando a dor fala mais alto ... lembro daqueles encontros e agradeço pela oportunidade que tive e percebo que precisamos criar mais “Projetos Padrinhos” para nossas vidas.

(Dra. Mila Cintra Lemos. Médica Saúde da Família 10/06/08)

O relato acima mostra a potencialidade dos grupos tipo BALINT na formação dos estudantes da área de saúde. É possível perceber também como se institui no processo de formação, de forma violenta, um padrão de subjetividade que exclui tudo que não seja um quadro nosológico mais restrito. Vários estudos têm apontado a pertinência e a utilidade dos grupos BALINT no processo de formação de estudantes de medicina (TORPPA: 2008) e médicos residentes em saúde da família (STEIN: 2003, TURNER: 2004). STEIN (2003) chama a atenção para o fato de que nos grupos BALINT típicos a identidade do profissional e os padrões de atividade clínica já estão formados, enquanto nos grupos de formação estes padrões e identidades estão em formação. Do ponto de vista da experiência BALINT-PAIDÉIA isto não é um problema, pois não se aposta necessariamente no fortalecimento de uma identidade fixa, mas justamente na capacidade em lidar com a necessidade de uma certa flexibilidade de identidades profissionais, para melhor manejar o campo e o núcleo (CAMPOS: 2000 b) e lidar, assim, com a complexidade do trabalho em saúde interdisciplinar. Por outro lado, em muitos casos de grupos BALINT para estudantes, o serviço privilegiado de treinamento é o hospital, com suas marcantes diferenças em relação à Atenção Primária (CUNHA: 2004). A possibilidade do seguimento de longo prazo do paciente pelo estudante, ainda é precária na maior parte dos currículos de saúde, limitando os ganhos que um GBP poderia oferecer em um tempo mais longo. Mesmo assim, entendendo os grupos Balint-Paidéia como dispositivos de apoio à prática clínica na formação do profissional em serviço, ele pode ser extremamente útil. Principalmente tomando o cuidado de não isolá-lo do processo gerencial, permitindo que dispare a abertura de outras rodas dentro da organização e convide atores diferentes para a sua roda.

O Descobaiamento:

Esta palavra não existe. Mas tomar os usuários do SUS nos serviços de saúde como cobaias, de fato, existe. Não se trata de um fato explícito nos serviços de ensino, ao contrário, existem milhares de declarações pomposas que o refutam. No entanto, diante do menor questionamento, por exemplo, às visitas coletivas e discursivas em volta do leito⁹⁹, facilmente aparecem respostas do tipo: “os pacientes sabem que este é um hospital de ensino”. Ou então é freqüente ouvir professores, ao justificar uma conduta inadequada de algum profissional do serviço de ensino, esclarecerem: “não é que ele não sabe fazer direito, mas é que no SUS ele 'atende' assim mesmo”. Tratar pessoas como cobaia é uma complexa mistura de forças, onde se destacam mais fortemente pelo menos duas delas: o (1) exercício de poder de uma classe social que supõe (mais ou menos inconscientemente) que o acesso ao serviço de saúde é um bem de consumo e que, portanto, o SUS, mesmo amparado na constituição, é uma caridade; e (2) a ideologia de uma ciência que autoriza a reduzir tudo na natureza, inclusive as pessoas, a um objeto de “estudo científico”. Evidentemente, se o paciente não escapa sequer da condição de cobaia, que dizer de ascender à condição de dono do seu projeto terapêutico, capaz de conquistar autonomia, compreendendo e decidindo com os profissionais o próprio destino, como se propõe na clínica ampliada. *Descobaiar* o ensino é um mísero passo a caminho de uma clínica menos violenta. Mas não é tarefa simples. Uma proposta razoavelmente simples que pode contribuir para problematizar esta tendência é instituir a obrigação de perguntar ao sujeito doente ou à família, principalmente pelo próprio aluno, se ele, como portador do direito constitucional de ter acesso ao melhor serviço de saúde possível, aceita ser atendido por alguém, ainda que sob supervisão, que está em processo de formação¹⁰⁰. Não que esta pergunta precise ser a primeira, ao contrário: é importante evitar uma burocratização desta autorização. Mas seria importante que no processo de construção da relação clínica esta questão se colocasse honestamente para paciente e familiares. É extremamente comum em hospitais de ensino ver estudantes sendo desviados de pacientes que são parentes de professores ou funcionários. A questão é:

99 As vezes até uma dezena de pessoas se reúne ao lado de uma pessoa doente para falar sobre ela, mas não com ela. Muitas vezes até mesmo apalpando impiedosamente justamente o órgão mais doente. Como é possível em pleno século 21 que este tipo de prática se perpetue tão inquestionavelmente?

¹⁰⁰ Esta proposta já surgiu em debates sobre a formação médica promovidos pelo British Medical Journal.

porque só alguns podem fazer este desvio? Mais trágica é a separação de área pública de área privada em hospitais de ensino¹⁰¹, definindo claramente quem tem escolha e quem não tem. Não se trata somente de uma questão de cidadania e de reafirmação do direito ao acesso ao serviço público com qualidade, mas também de possibilitar que o “contrato” da instituição com o sujeito doente (e todas possíveis produções dele decorrentes) esteja em constante análise. Esta proposta também pode contribuir para aumentar a importância da relação clínica e o compromisso com o usuário em contraposição à lógica competitiva de acumulação quantitativa de conhecimentos.

A Subjetividade dos Profissionais de Saúde:

Ainda é hegemônico nos serviços de ensino e nas escolas médicas, uma concepção adestradora e cognitiva do ensino da clínica. O caso relatado pela Dra. Mila demonstra a dureza com que é imposto o ideal da “neutralidade” e do “não-envolvimento”, assim como a conseqüente focalização da atenção nas doenças e procedimentos. A “crença” na neutralidade afetiva, depois de tudo que se conhece no campo da psicanálise, é algo tão impressionante na área de saúde, quanto seria no Instituto de Biologia a desconsideração pela teoria da evolução e a crença no mito bíblico da criação. É impressionante, mas tem desdobramentos práticos muito contundentes: ao produzir uma situação de aparente “esquizofrenia” (“só eu estou vendo e sentindo isto?”) o espaço de formação apresenta sutilmente ao estudante uma estratégia de “sobrevivência”, pautada pela negação (mais ou menos consciente) dos afetos envolvidos nas relações clínicas e inter-profissionais. A **focalização** e a **fragmentação** passam a se constituir em mecanismos de defesa e tornam-se, para muitos, a única forma de se proteger das dificuldades do trabalho em saúde. Obviamente este mecanismo de defesa vem agregado a uma série de justificativas, que adquirem, no entanto um caráter dogmático. A idéia de neutralidade e não envolvimento é verbalizada mas não discutida, e “penetra” progressivamente nos profissionais em formação como uma verdade natural e incontestável. Esther Albuquerque¹⁰² explica que a primeira reação ao sofrimento do “outro” pode ser narcísica (decorrente de uma identificação: meu sofrimento). Um processo de elaboração

¹⁰¹ É um indicador de apartheid social brasileiro, que hospitais públicos como da Universidade de São Paulo e da UNIFESP, tenham desviado parte de sua infra-estrutura para o atendimento privado, sem nenhuma consequência legal. É um extremo da (de)formação dos profissionais de saúde: além de comprometer a clínica, ensinando que algumas pessoas podem ser cobaias e outras não, ensina-se uma tecnologia da apropriação indevida do patrimônio público.

¹⁰² Esther é médica obstetra e consultora da Política Nacional de Humanização. Em várias conversas e encontros da PNH pudemos discutir os desafios da clínica ela pode me explicar este ponto de vista, que reflete diretamente a sua prática clínica

sobre esta reação primeira pode possibilitar um “estar do lado sem se projetar no doente” e “aí então enxergar a vitalidade, descobrir as riquezas, perceber o que pulsa”. Este é um desafio no ensino da clínica.

Para completar a engenhosidade da “máquina”, em muitos serviços de saúde e faculdades de saúde, dificuldades psicológicas (depressão, ansiedade, tentativas de suicídio, adicção) são sistematicamente abordadas como problemas individuais ou morais e não como indicadores / analisadores de uma produção subjetiva coletiva. Também neste enfrentamento a proposta dos GBP é uma contribuição, embora não exclua a necessidade de abordar o tema da neutralidade e da subjetividade nas relações clínicas em todos os âmbitos. Algumas outras propostas, descritas adiante, também podem contribuir nesta direção.

O isolamento profissional:

O trabalho em saúde é cada vez mais interdependente, mas a formação dos profissionais é isolada. O trabalho em equipe é fundamental para a clínica ampliada e a confecção de um PTS em uma equipe interdisciplinar é uma das formas mais eficazes de se constituir uma equipe, porque delinea um objetivo e um objeto comum. É necessário que os serviços de ensino se organizem em EQUIPES DE REFERENCIA E APOIO MATRICIAL propiciando reuniões interdisciplinares para discutir os casos. As discussões de caso, por sua vez, precisam incluir o direito de fala¹⁰³, de crítica e a possibilidade de um certo diagnóstico cotidiano das próprias relações entre profissionais e usuários. As pessoas precisam poder dizer como se sentem frente a tal o qual caso, partilhar decisões e distribuir tarefas. Esta é uma forma tanto de ativar a solidariedade grupal, quanto de aumentar no coletivo a capacidade de lidar com afetos e relações difíceis. Esta idéia costuma causar um certo desconforto entre nos serviços de ensino onde a hierarquia associada ao saber é muito acentuada. Por isto mesmo é uma proposta importante, pela possibilidade enfrentar a reprodução desta lógica segregacionista e infantilizante (GUATTARI 1986).

Serviços de atenção psicológica: os tradicionais serviços de psicologia para trabalhadores e estudantes precisam estar inseridos no processo de gestão. O maior foco deveria ser o suporte para GBP's, uma vez que a terapia individual, sem outros recursos de análise

¹⁰³ Infelizmente não é incomum que hajam discussões clínicas, mesmo entre pares, em que predomina o exercício perverso de poder e toda exposição de algum com menos patentes, é um risco de humilhação pública.

clínico-gerencial, pode facilmente torna-se um serviço de adaptação ortopédica à lógica dominante. No caso específico da profissão médica e de enfermagem é preciso destacar que existe uma cultura institucional que se orgulha das mazelas e da sobrecarga de trabalho precário. Quanto mais plantões melhor. Pode-se entender este fenômeno como uma manifestação radical da alienação progressiva de si mesmo. É preciso que nos espaços de ensino, se saiba, mais do que em outros, que os afetos produzidos no trabalho em saúde dizem respeito, até prove o contrário, ao espaço de trabalho. Definitivamente o ideal de onipotência dos profissionais de saúde e o mito de que o papel do profissional de saúde é luta *contra* a morte (e não a favor da vida), dificultam este aprendizado.

AS FILAS. Filas talvez sejam inevitáveis em muitos lugares. No entanto, filas sem critérios de risco e filas onde elas são evitáveis significam uma explicitação do desprezo pelas pessoas e de uma posição de “caridosa” do serviço (“*este é um serviço de excelência, se não quiser pode ir embora*”). Nos ambulatórios agenda-se todos os pacientes no mesmo horário inicial (7h da manhã e 13hs !!!). Os retornos geralmente são inflexíveis, mesmo diante de agravamentos. Aparentemente seriam problemas tecnicamente simples de serem resolvidos. No entanto, se com certeza são problemas para os pacientes, e para a formação profissional, talvez não sejam para muitos atores implicados.

Responsabilização e Coordenação

O conceito de coordenação está fortemente ligado a atenção primária para STARFIELD (2003) e na medida que o ensino aumenta sua participação na atenção básica, este tema passa a ser, pelo menos apresentado. No entanto, sem negar esta especificidade da APS no sistema de saúde, é necessário admitir a hipótese de que a coordenação seja necessária em todos os serviços de saúde em que, potencialmente, os pacientes estão sob os cuidados de vários especialistas (médicos ou não). Talvez em poucos lugares a coordenação seja tão necessária quanto num hospital universitário, onde freqüentemente é impossível para o paciente responder a simples pergunta: “quem é o seu médico ou equipe responsável?”. O velho ditado “cão de muito dono passa fome” se apresenta terrivelmente verdadeiro em todas suas conseqüências de abandono e iatrogenias. Instituir a coordenação, definir responsabilidades é um processo complexo, que deve variar de acordo com o tipo de serviço (por exemplo, um serviço de oncologia,

tende a atribuir a responsabilidade de coordenar para um oncologista clínico / enfermeiro, em detrimento de cirurgiões, quimioterapeutas etc). Fazer coordenação implica na definição de prioridades, estabelecimento de vínculo, negociação com os pares e com o paciente em sua rede social. Implica também na construção do PTS e na articulação com outros serviços de saúde. É uma atividade que todos os profissionais de saúde desejam para si mesmos e seus parentes quando estão doentes, mas que poucos se dispõem a realizar e, menos ainda, aprender a realizar. Este é um tema, portanto que tem que entrar na agenda de escolas e hospitais de ensino. Os hospitais só podem fazer isto com mudanças importantes nos arranjos gerenciais, compondo equipes de referência e apoio matricial, assim como espaços de co-gestão clínica.

Direito a Acompanhante:

Pesa sobre as instituições de saúde a responsabilidade de ter impedido a presença dos pais das crianças nas enfermarias de pediatria durante décadas. Uma regra imperativa e considerada “natural” durante muitos anos - quase sem questionamentos. A percepção de que o pai ou a mãe de uma criança seria benéfico no tratamento necessitou de estudos “científicos” demonstrando que a presença dos pais diminuía o tempo de internação e a mortalidade. É um dado preocupante que tenham sido necessários todos estes estudos para que se percebesse um fato tão evidente. Somente uma instituição com poder social tão grande (tão grande quanto a sua miopia, aliás) poderia ter feito tal proposta impunemente. Se a regra, especificamente em relação aos acompanhantes de crianças e idosos, mudou no plano da legislação do País, as condições institucionais que fizeram com que estas regras fossem necessárias não necessariamente mudaram. De forma que é importante que os hospitais de ensino discutam o tema do acompanhante, tomando-o como um analisador das prioridades institucionais, da clínica e das relações de poder internas e externas. O Ministério da Saúde tem apontado através da Política Nacional de Humanização a diretriz do acompanhante e da visita aberta, mas este é um tema que deveria ser capitaneado pelas instituições de ensino.

Mecanismos de co-gestão nos serviços de ensino.

CAMPOS (1997, 2003)¹⁰⁴ aponta a importância de evitar um trabalho serial, alienado e fragmentado na saúde. Evitar principalmente uma separação radical entre decisão e

¹⁰⁴ Assim como a Política Nacional de Humanização – PNH (www.saude.gov.br/humanizausus) a partir já dos seus princípios: inseparabilidade entre atenção e gestão, transversalidade, protagonismo dos sujeitos.

execução. No entanto, não é o que ocorre principalmente nos serviços de ensino, onde cada serviço está muitas vezes associado a disciplinas, a linhas de pesquisa e, portanto, a poderes. Trabalhar em equipe, lidar positivamente com os conflitos, atribuir maior poder para quem está mais próximo ao paciente, são características que não dependem somente de regras institucionais. É um processo de democratização institucional que não ocorre sem um esforço coletivo e sem um processo de aprendizado coletivo. Novamente sendo características tão desejadas nos profissionais, são características que precisam estar, ao menos em debate, nos serviços de ensino.

O processo de trabalho docente: a fragmentação da responsabilidade e a redução do objeto de trabalho

Este aspecto talvez seja mais relevante na formação médica do que em outras profissões de saúde. Trata-se do tema da especialização precoce e da fragmentação do ensino. A rigor, por mais que hajam declarações de boa intenção da maior parte das escolas médicas quanto a formação “generalista”, existe na atualidade uma grande dificuldade neste aspecto. De certo modo trata-se da dificuldade de ensinar aquilo que não se sabe. O aluno idealizado ao final da formação (e reivindicado, principalmente pelo SUS), seria um profissional que não tem em quem se espelhar dentro das escolas médicas, cujos professores são na imensa maioria especialistas, em geral com pouca disposição até para a coordenação de casos. É difícil acreditar que haja um desejo muito forte de formar um profissional com o qual os docentes não se identificam. Na prática talvez seja esta uma das causas de porque a especialização precoce seja um problema persistente a boa parte das reformas curriculares e, de fato, uma atitude sábia dos estudantes frente a uma avalanche de cobranças despropositadas de especialistas. Este problema ficou mais evidente a partir da criação do PSF e da criação da especialidade Medicina de Família e Comunidade. Reconhecer este desafio estrutural implicaria em desenvolver este perfil generalista entre os docentes. Neste sentido pode ser relevante aplicar os mesmos critérios que utilizamos para avaliar o processo de trabalho em saúde, ao processo de trabalho docente. Ao fazer isto, percebe-se facilmente que existe um problema de “responsabilização e coordenação”. O processo de ensino é fortemente taylorista. Não se trata somente de um problema metodológico ou de buscar uma fusão de conteúdos. Acontece que cada professor é responsável, não por um estudante, mas por um conteúdo, um procedimento, uma disciplina, uma especialidade. O objeto de

trabalho e de investimento dos docentes é estruturalmente pequeno. Os critérios de avaliação do trabalho docente, quando abordam a graduação, também são fragmentados, produzindo um contexto de “adestramento”, de “introdução/assimilação” de conteúdos. Assim como é revelador perguntar em qualquer serviço de saúde “de quem é este paciente?”, “quem se responsabiliza pela sua coordenação clínica?”, pode-se também fazer a mesma pergunta em relação aos estudantes: qual docente se responsabiliza pelo “apoio” global¹⁰⁵ na formação deste estudante? Como implementar uma lógica de trabalho docente análoga à Equipe de Referência e Apoio Matricial? Por outro lado, como construir parâmetros mais transparentes de avaliação de forma a evitar que esta possível ampliação “objeto de trabalho docente”, não se converta em ampliação do controle e do adestramento? Este é um tema complexo, sobre o qual só cabe aqui este modesto apontamento para destacar a possibilidade de um tema que pode também ser um analisador institucional (BAREMBLIT 1992)¹⁰⁶.

A “Análise Institucional” e as Organizações de Saúde e de Ensino

Pode-se dizer que a área de saúde e educação são privilegiadas entre as instituições de ensino. Tanto porque tem uma relação extra-muros bem estruturada (o que pode diminuir um isolamento excessivo), quanto porque tem acesso a conhecimentos que permitem pensar criticamente a vida institucional. A pergunta é: porque é tão difícil usar estes conhecimentos na prática, principalmente na universidade pública? No caso específico da área de saúde, seria possível que parte da produção teórica que a Saúde Coletiva acumulou, não só no campo da gestão, pudesse contribuir (mais) para fazer das instituições responsáveis pela formação em saúde, algo um pouco melhor do que são? Seguramente, hospitais de ensino e escolas de saúde melhoraram muito nos últimos anos na relação com o SUS, na aproximação com a atenção básica e na experimentação de metodologias de ensino mais problematizadoras e integrativas dos conhecimentos. No entanto, ainda são organizações em que é forte a competição generalizada (entre estudantes, entre residentes e entre professores/pesquisadores), em que ainda são fortes

¹⁰⁵ Apoio global à formação, é preciso dizer, é muito diferente de “esforço de cooptação para uma especialidade”, muitas vezes presente nas instituições de ensino.

¹⁰⁶ “O analisador, em análise institucional, é um efeito formalmente parecido com estes efeitos privilegiados da psicanálise [sonhos, atos falhos, lapsos, chistes, sintomas, delírios, etc] . Mas as diferenças são as seguintes: [1](...) qualquer materialidade pode ser suporte de um analisador, ou seja, um analisador não é necessariamente um discurso, mas pode ser um monumento (...) formas escritas ou faladas do discurso organizacional (...) os mitos, os rituais, o uso do dinheiro, do lazer, da sexualidade, do domínio de si etc.. [2] Ele mesmo contém os elementos para se auto-entender, ou seja, para começar o processo de seu auto-esclarecimento” (BAREMBLIT 1992 p 70 e 71)

concepções pedagógicas pouco dialógicas e adestradoras, em que estão excessivamente instituídos vários tipos de perversidades em uma hierarquia acentuada. Ainda estão por demais secundarizadas as finalidades mais importantes a saber: a produção de saúde e a produção de sujeitos (menos doentes). Em muitos aspectos este não parece ser um problema exclusivo do Brasil. Em 2002 um editorial do BMJ¹⁰⁷ discutia as dificuldades de colocar os pacientes em primeiro plano e perguntava “até quando os estudantes de medicina vão repetir a velha piada de que o hospital seria ótimo sem os pacientes?” Em 1961, Howard Becker publicou “*Boys in White*”, um inovador estudo etnográfico sobre os jovens médicos da universidade do Kansas. Poderíamos dizer obviamente que muita coisa mudou para melhor desde então, a começar que hoje, na maior parte do mundo, homens e mulheres dividem as salas de aula, e isto não é pouca coisa. A “tribo” dos médicos talvez não esteja mais tão isolada e tão auto-referente como naqueles tempos. Existem outras “tribos” profissionais e existe talvez um pouco mais de controle social. No entanto, no plano do ensino médico principalmente, o livro continua excessivamente atual: continuam existindo os rituais fortíssimos de iniciação, continuam existindo estranhas “fraternidades” e hierarquias entre os estudantes, e ainda prevalece em muitos lugares um tipo de dinâmica institucional que convoca uma adesão apaixonada e a-crítica (muito característica de instituições “estáveis” como o exército e a igreja, tal como descreveu FREUD em “psicologia das massas e análise do ego”). Podemos citar três exemplos concretos desta atualidade, utilizando conhecimentos do campo do vivido: (1) no Estado de São Paulo estudantes de medicina freqüentemente se envolvem em conflitos violentos durante competições esportivas, com um comportamento semelhante ao de torcidas organizadas do futebol (com hinos, rituais e conflitos), resultando não raramente em ferimentos graves e até letais. (2) Existe ainda, em algumas das principais escolas médicas públicas do Estado de São Paulo movimentos silenciosos, mas consistentes, para favorecer nos exames de residência médica os candidatos da casa (de cada escola). Estes movimentos produzem outras fraternidades, outras hierarquias internas e chancelam, no fim da formação, um modo de lidar com o “fora”¹⁰⁸. (3) existe, voluntária ou

¹⁰⁷ The point of medicine is to look after patients. Yet every medical student hears the tired joke that the perfect hospital is one without patients. If they were to disappear then so would the bad smells, blood, chaos, stress, and waiting lists. As a medical student doing a locum I had a sneaking worry that the teaching hospital was run for the benefit of the doctors not the patients. Editorial British Medical Journal 2002 (30 novembro) *The difficulties of putting patients first*.

¹⁰⁸ Em uma das faculdades estaduais de SP os representantes dos alunos do último ano médico, responsáveis por negociarem facilidades de prova com os professores, ganham um status especial persistente, além do sugestivo

involuntariamente, uma indução à competitividade exacerbada. Variáveis como os tipos de instrumentos de avaliação, o controle do acesso às vagas de residência, as facilitações ao acesso para o mercado privado de trabalho e à carreira acadêmica, produzem relações peculiares e nem sempre muito saudáveis entre professores e alunos/residentes. Todas estas observações não buscam uma retomada dos estudos antropológicos nas escolas de saúde (embora sejam muito bem vindos), muito menos uma cruzada moral em direção a um ideal idílico, seja da instituição seja do perfil profissional. Talvez a desconstrução de algum ideal de superioridade e a explicitação de desejos e interesses, já seja em si mesmo uma grande contribuição: professores e (futuros) profissionais de saúde habitam e co-produzem instituições humanas, *demasiadamente humanas*. Esta “descoberta” (afetivamente falando) pode ser uma contribuição para uma formação melhor, para uma vida institucional menos adoecedora, em que professores e estudantes possam encontrar possibilidades existenciais um pouco mais independentemente do “nome do Pai”, do brasão do time estampado na camisa ou de regras duvidosas para “progressão” na instituição. Talvez um importante enfrentamento seja sempre a crença de que existe UMA forma ideal de ser e trabalhar, e que, no máximo, caberia escolher ou buscar esta tal forma ideal. Em geral, quando está subentendido que ela existe, também o está que um especialista pode e deve tomar as decisões. Este tipo de lógica desestimula o investimento na análise dos processos e resultados, na percepção de determinantes inconscientes, na construção de mediações e, principalmente, nas experimentações. O fato concreto é que existe acúmulo teórico na área de saúde para estes movimentos de melhoria da vida institucional nas instituições de formação. Obviamente, exceto muito raramente, em momentos de crise, não há “pedido” de análise de institucional, assim como o clima institucional rotineiro desfavorece a criação de espaços mais protegidos. É necessário pensar formas de desencadear processos de transformação. Aqui pode-se novamente lembrar as sistematizações da Política Nacional de Humanização, potencialmente úteis para desencadear “problematizações” e legitimar a introdução de temas e questionamentos nestes espaços. BARROS, R.D.B ao estudar os grupos destaca a importância de problematizar:

Criar problemas é por a pensar, implica diferenciação. Foucault dizia que a liberdade existe quando se pode rejeitar um modo de subjetivação em que se foi constituído para criar outros, se diferenciando, afirmando estas diferenças. Criar é se diferenciar. A diferença é a que o ser produz no mundo como capacidade de provocar outras diferenças, é aquilo que consegue escapar da “fala única”, deixando vazar a polifonia que habita as multiplicidades. BARROS, R.D.B p 230

No entanto, ainda assim, estão abertas questões importantes: seria possível inserir na vida institucional elementos do Método Paidéia (objeto de trabalho, objeto de investimento, as relações entre afetos, poderes e saberes)? Seria possível ampliar espaços democráticos formais e informais? Introduzir analisadores reconhecidamente potentes, como o são produções filosóficas de Espinosa (o quanto estas escolas produzem paixões tristes?), de Nietzsche (o quanto alimentam o ressentimento, as marcas?), Deleuze & Guattari entre outros? Enfim, trata-se de um desafio que transcende métodos pedagógicos e rearranjos curriculares, assim como relativiza as soluções curriculares definitivas.

Se em relação à instituição de ensino a perspectiva analítica é importante, em relação aos hospitais universitários, a importância é maior. As tradições, a cultura de cada especialidade, de cada micro serviço de saúde dentro de um complexo hospitalar, definem diretamente o processo de trabalho e o resultado do serviço e da formação. Num hospital universitário, *“cada ribanceira é uma nação”*¹⁰⁹. Os aspectos organizacionais citados anteriormente podem funcionar como potentes analisadores. Além disto, de uma forma geral, os *resultados para os usuários e para a saúde mental dos trabalhadores* (no sentido amplo) são temas potencialmente importantes. O trabalho de Ana Pitta (PITTA: 1989) “Hospital: dor e morte como ofício”, em que a autora discute os resultados da aplicação de questionários para avaliar a saúde mental dos trabalhadores hospitalares, pode ser uma grande contribuição.

O resultado para o usuário é outro analisador importante. Mesmo as avaliações mais elementares costumam inexistir nos serviços de ensino. Mas o mais relevante de um ponto de vista analítico é a produção de “verdades institucionais fantasiosas” que operam positivamente no cotidiano dos serviços de saúde e escondem tanto dificuldades afetivas quanto interesses de atores mais poderosos. Foi citada acima a trágica história da internação de crianças doentes separadas dos pais, que perdurou como regra por décadas e ainda hoje é frágil em muitos serviços. O quanto esta regra, além de facilitar um manejo, protegia os profissionais das identificações com as crianças? Exemplos semelhantes são inúmeros. Drauzio Varella no seu livro *“por um fio”* relata como se debateu com uma “verdade institucional” inquestionável até pouco tempo atrás. Ele se referia ao fato de ser proibido nos serviços em que trabalhava “internar pacientes

¹⁰⁹ Verso de Chico Buarque. Música “estação derradeira”.

terminais”, ou em “regime higieno-dietético”. Na verdade tratava-se de um “objeto de trabalho e de investimento” restrito: uma vontade “curar”, e apenas “curar”, o que levava a uma tentativa de excluir da vista todos os pacientes desafiavam este desejo. A pergunta é importante é a possibilidade compreender qual a gênese desta vontade de excluir um tipo de paciente.

(...) Por maior que tenha sido a relevância desses avanços tecnológicos [na oncologia], no entanto, tenho convicção absoluta de que nem a soma deles se compara ao impacto gerado a partir de uma simples mudança na **filosofia de atendimento** introduzida pelos oncologistas clínicos de minha geração: considerarmos nossa responsabilidade de cuidar até o fim dos doentes incuráveis.

(...) Num de meus primeiros dias no Hospital do Câncer de São Paulo, ao abrir o prontuário do doente com câncer de pulmão que entraria em seguida, perguntei ao dr. Sebastião Cabral, residente de clínica, o significado da sigla RHD, carimbada na folha de evolução:

- "Regime higieno-dietético", para identificar os casos em que nada mais há a fazer - respondeu ele.

A tradição do carimbo vinha do tempo em que o tratamento estava limitado à cirurgia e às máquinas de radioterapia; quando essas modalidades falhavam, era norma convocar os familiares para comunicar-lhes que não precisavam retornar com o doente, porque os recursos estavam esgotados. Os médicos receitavam analgésicos de rotina e consideravam encerrada sua participação no caso.

(...) Fiquei confuso por muito tempo com essas argumentações antagônicas. De um lado, punha-me no lugar das famílias humildes que levavam para casa uma pessoa querida que iria deixar de comer, desidratar-se, enfraquecer de anemia e sentir dor sem receber assistência médica, tendo que correr para os prontos-socorros da cidade quando não soubessem mais o que fazer. De outro, procurava imaginar a angústia dos que estavam na fila com seus tumores crescendo, muitas vezes a olhos vistos, à espera de um leito para a cirurgia salvadora.

Tal contradição começou a ser resolvida dentro de mim anos mais tarde, graças a uma senhora de idade com quem falei uma única vez e de quem só lembro as palavras, as rugas no rosto e a expressão resignada. Foi numa noite em que estava no telefone do posto de enfermagem de um dos andares, quando escutei um gemido de dor na enfermaria ao lado, seguido de outros mais abafados, emitidos com a sonoridade inconfundível das reações às dores mais intensas. Desliguei e fui ver o que se passava. Na enfermaria encontrei um homem ainda não velho, de rosto crispado, muito magro, encolhido no leito vizinho à janela, segurando a mão da tal senhora. Peguei o prontuário e pedi que a enfermeira aplicasse uma dose de morfina, o melhor analgésico para essas situações, infelizmente empregado com parcimônia injustificável da maioria dos médicos, até hoje. Meia hora depois. Antes de ir para casa, voltei para vê-lo. Dormia tranquilo, agora com as duas mãos entre as da senhora sentada ao lado. Recomendei que chamasse a enfermagem para aplicar nova dose de *morfina*, ao menor sinal de que as dores pudessem retomar. Ela prometeu que o faria e acrescentou, com sotaque do interior paulista:

- Vá com Deus, doutor. Seja abençoada a sua profissão que Deus criou para aliviar o sofrimento da gente.

Por vergonhoso que possa parecer, dez anos depois de formado, nunca me havia ocorrido refletir *sobre* a finalidade de minha profissão. Para que serve a medicina? Se me perguntassem, provavelmente teria respondido ingenuamente que ela existia para curar pessoas, ignorando diabetes, hipertensão, *reumatismo*, os derrames cerebrais e tantas enfermidades Crônicas. Pior, sem levar em conta sequer os doentes incuráveis que me procuravam.

Fiquei com raiva de mim mesmo e de todos os médicos onipotentes, que se atribuíam o papel exclusivo de salvadores de vidas, pretensão equivocada da razão de existirmos como profissionais, justamente como havia acabado de lembrar com tanta simplicidade aquela senhora. (VARELLA, D p 144 – 147)

É interessante observar como estão presentes na explicação de VARELLA, para a existência de uma “filosofia de atenção excludente”, aspectos relativos à finalidade da instituição de saúde, à composição de especialidades na abordagem do problema e o direito ao acesso à saúde (“das pessoas mais humildes”). Não está presente a possibilidade das instituições lidarem e produzirem uma subjetividade e uma cultura institucional defensiva, muitas vezes inconsciente. É como se sempre estivessem em jogo apenas forças e decisões conscientes.

Em um serviço de ensino pode-se ilustrar como esta “filosofia” se materializou produzindo situações trágicas, porém potencialmente instrutivas e transformadoras:

A estudante chamou o Sr. Altamiro no microfone do pronto – socorro e esperou aparecer um senhor extremamente emagrecido, carregado em uma maca por uma senhora franzina e grizalha, aparentando muito cansaço. Ele estava ofegante, com os lábios arroxeados e ressecados. A senhora falando baixo e chorosa contou que ele estava há três dias gemendo de dor, sem comer e quase sem beber nada. Ninguém estava dormindo na casa. Ela queria apenas uma noite de internação para colocar um soro nele e eles poderem descansar um pouco. A estudante examinou o paciente rapidamente, tentou algum contato verbal com ele (sem resultado) e saiu em direção ao professor, para discutir o caso. Não sem antes tranquilizar a triste senhora, dizendo que concordava com a sua opinião e que tentaria viabilizar a sua proposta. No entanto, ao apresentar o caso para o professor, este a interrompeu no meio da história.. “qual o nome do paciente, mesmo?” Ahh eu conheço. Vamos lá” Ao chegar de frente da pequena senhora, o professor desembestou a gritar com ela: “eu já não disse para a senhora que ele vai morrer? Que não adianta a senhora trazer ele aqui?..” A estudante empalideceu, engasgou...sentiu uma tontura.. e surtou... Disparou a gritar impropérios para o professor, intercalados com soluços profundos de um choro incontido.. Acudiram vários outros professores e residentes tentando acalmá-la. Levaram-na para uma sala. Ela soluçava e contava para todos o que tinha presenciado. O truculento professor ficou constrangido, mas não voltou atrás. A estudante foi acalmada e diagnosticada com “stress de fim de plantão”. Os professores lhe disseram que tentariam minimizar o sofrimento do (agora) “paciente dela”, sem no entanto contradizer o truculento professor (“para não desmoralizá-lo perante à paciente”).(CUNHA 1995¹¹⁰.)

Talvez seja importante dizer o que o fato ocorreu à cerca de 15 anos atrás, mas o professor responsável não era nem cirurgião, nem radioterapeuta. A atenção aos pacientes terminais é um tema em que houve muito avanço como apontou VARELLA, afinal acreditava-se incondicionalmente que não era possível cuidar deles para não deixar de cuidar daqueles que tinham chance de cura. No entanto, é interessante observar que

¹¹⁰ Experiência vivida e relatada por uma colega de turma da graduação em medicina do autor.

a definição de diretrizes que obriguem o acolhimento dos pacientes terminais, não necessariamente dá condições e preparo aos profissionais dos serviços para efetuarem com qualidade este acolhimento. De qualquer forma, seja através da discussão caso a caso, seja através do destaque destes temas nos serviços de ensino, tem-se grandes oportunidades de aprendizado coletivo investigando a cultura organizacional e sua forças de sustentação.

Considerações Finais

A experiência com os GBP possibilitou compreender melhor a clínica na atenção básica, já que permitiu alguma proximidade com as dificuldades cotidianas de quem acompanha uma população adscrita, num contexto de periferia de grande uma cidade brasileira, e também com as dificuldades (maiores) de quem trabalha em um modelo sem adscrição de clientela, ou com uma clientela desmesuradamente grande. Muitos temas relativos à atenção básica e à atualidade do SUS se destacaram. Foi possível aprender alguma coisa sobre eles e perceber que merecem melhor investigação.

Questões como o “manejo” e seguimento de longo prazo de pacientes crônicos, com investimento inexistente ou pequeno nos seus projetos terapêuticos, que trazem o desafio para a equipe de respeitar os limites do paciente sem desistir dele. Insistir sem “atropelar”, sem ferir sua autonomia, sem assumir uma postura excessivamente apostólica. Afetivamente esta posição de equilíbrio dinâmico, de uma “espera ativa”, como diz OURY¹¹¹ (1991), é mais complicada do que se pode imaginar quando se olha a situação de uma certa distância. O conceito de clínica ampliada pode contribuir neste processo, na medida em que permite que se perceba até mesmo na recusa de um tratamento algum aspecto positivo, já que uma recusa implica em uma afirmação de autonomia do sujeito. Esta autonomia pode ser uma “ponte” para o profissional sintonizar-se não somente com o que adocece, mas também com o que “pulsar”, com o que é potência de vida no sujeito. O que aumenta a chance de que a “espera ativa”, torne-se mais ativa e mais alegre do que “espera”.

Outra questão importante é a do conhecimento. A complexidade é tão grande que é preciso aprender a gostar de lidar com o desconhecido. Tomar o não saber, e talvez principalmente os limites do saber, como estimulantes, como oportunidades para descobertas, para tocar a singularidade da vida, para compor com outros profissionais, outros setores. Também afetivamente esta posição traz desafios: a excessiva identidade com um saber nuclear profissional induz mais a uma vontade de afirmação da superioridade do núcleo disciplinar do que a uma composição a partir dele. Ou seja,

¹¹¹ “Devemos nos envolver, ao contrário, numa “espera ativa”, numa “espera instrumentalizada”. É esta a verdadeira neutralidade que permite liberar rapidamente o que é prenhe e vai permitir ao outro se manifestar” (OURY 1991).

muitas vezes o profissional prefere, inconscientemente, que o paciente piore, do que melhore com o saber de outro profissional. Nas relações da atenção básica com outros serviços de saúde este tema se torna mais relevante ainda.

Também foi possível verificar como muitas instituições públicas, mesmo que declarem intenções razoáveis, tendem a ser policialescas, a adquirir um tom de controle do Estado sobre a vida privada dos mais pobres (por enquanto), e a se constituírem em um instrumento de perpetuação da dominação de classe social. Incluir para dominar, seria ao lema destas instituições. Aparentemente¹¹² são criadas para defender as pessoas, para produzir cidadania e mesmo para defender a saúde, mas muitas vezes fazem o seu oposto, lembrando do conceito de contra-produtividade de ILLICH (1975). É muito difícil para os profissionais de saúde perceberem ou aceitarem esta possibilidade, de que podem fazer parte de uma imposição de valores, de uma dominação de classe social e até mesmo étnica ou de gênero. O investimento na não separação entre clínica, gestão e política, entre o individual e o coletivo na clínica, durante as discussões dos GBP contribuiu muito neste processo de análise. De uma forma geral, na medida que esta compreensão acontece, muitas vezes a área de saúde desenvolve alguma condição de colocar limite em outras instituições.

Importante também foi a percepção de que uma concepção de saúde ampliada muitas vezes pode produzir um PTS de sucesso, que contribui com o desenvolvimento da qualidade de vida e a autonomia dos usuários, mas também é capaz de produzir um não reconhecimento da equipe no resultado. A equipe pode ficar com a sensação de que o paciente evoluiu bem porque era “muito especial”, e não, porque ela possibilitou um projeto terapêutico compartilhado, em que as propostas foram adequadas à singularidade e aos desejos do sujeito, que então pôde sintonizar algum cuidado de saúde com seus projetos de vida.

Outro aspecto importante foi o debate, todo o tempo no GBP, sobre os princípios da

¹¹² Muitos trabalhos procuram demonstrar como instituições de proteção social podem se transformar em mecanismos sofisticados de dominação de classe. Pode-se destacar DONZELOT (1986) com a obra “A polícia das famílias”, sobre o aparato judicial e de assistência social à infância na França, assim como estudos a partir da obra de FOUCAULT, por exemplo em relação à função do sistema prisional. SANTOS (2005) em texto a respeito dos 30 anos da obra “Vigiar e Punir”, de FOUCAULT conclui: “O *controle da criminalidade* aparece no contexto político da luta de classes das sociedades modernas, marcado pelo fracasso dos *objetivos ideológicos* de repressão da criminalidade e de correção do condenado, que encobre o êxito histórico dos *objetivos reais* de gestão diferencial da criminalidade: a **lei penal** é *instrumento de classe*, produzida por uma classe para aplicação às classes inferiores; a **justiça penal** constitui mecanismo de dominação de classe, caracterizado pela *gestão diferencial* das ilegalidades; a **prisão** é a instituição central da estratégia de dissociação política da criminalidade, com *repressão* da criminalidade das classes inferiores e *imunização* da criminalidade das elites de poder econômico e político.” (SANTOS 2005)

atenção básica e o papel da mesma na rede assistencial. O tema da coordenação clínica, da adscrição de clientela e do trabalho de equipe foram muito freqüentes. De fato, a coordenação e a adscrição ainda são temas muito pouco conhecidos. No limite, está em debate a possibilidade do SUS de tornar-se de fato um sistema público de saúde universal, ou um sistema secundário de saúde, dedicado a viabilizar o lucro da atenção complementar e atenuar as tensões sociais resultantes da exploração do trabalho e concentração de renda. Ou seja, um sistema “pobre para pobre”. No GBP buscou-se apresentar o que poderia ser a atenção básica, com base em outras experiências, e apontar que a forma como ela está estruturada não é a única possível e que o SUS ainda precisa de definições importantes quanto ao seu papel e seus instrumentos. Notou-se que este debate produz algum grau de conflito com gestores, para os quais muitas vezes uma clientela adscrita significa restrição de acesso e coordenação significa tomar uma posição pró-atenção básica diante de outros serviços da rede assistencial.

Também foi possível perceber como a construção da co-gestão é um desafio que requer uma atenção especial. Lidar com poderes, afetos e saberes nas suas misturas cotidianas não é tarefa simples e o GBP foi uma pequena contribuição. É interessante observar que a contribuição do GBP se deu na medida as discussões permitiam perceber a cada problema discutido, a cada caso, a rede de pessoas envolvidas, com seus saberes, afetos e interesses, e que podiam ou não compor com um projeto. Foi possível perceber como as normatizações e padronizações (desde as ministeriais até as municipais) muitas vezes serviam mais para esconder a ignorância do que socializar um conhecimento, configurando-se em instrumentos de serialização do trabalho e alienação do trabalhador. De qualquer forma, há muito o que aprender sobre as instituições de saúde, principalmente na interpenetração com outras instituições, com destaque para as religiosas.

Talvez a influência das instituições religiosas explique a extrema dificuldade que se tem de lidar com a dimensão subjetiva da clínica. Muitas vezes quando aparece o tema da relação clínica, do acolhimento na forma do “imperativo moral”, como denominou Ricardo Teixeira. Só é permitido verbalizar os afetos considerados “positivos”, de forma que as conversas não ocorrem quando é necessário falar de conflitos e dificuldades nas relações clínicas. Por outro lado, um certo desejo de que tivéssemos todos apenas “razão cartesiana” e portanto razoáveis é ainda muito forte, fazendo com que inegáveis e transbordantes produções subjetivas das organizações, dos grupos, dos profissionais e

pacientes tenham dificuldade de emergir para o debate na roda. Não se trata, como dizia BALINT, de um aprendizado cognitivo, embora não se trate tão pouco de negá-la.

Por estes pequenos aprendizados listados (entre muitos outros) ainda surpreende que propostas como os grupos BALINT, que reconhecem a importância da subjetividade dos profissionais de saúde na prática clínica e no trabalho em equipe, e buscam lidar com esta subjetividade de uma forma minimamente respeitosa, sejam tão pouco conhecidas e difundidas. Não é só no Brasil que os grupos BALINT e similares são pouco difundidos. Mas no caso do Brasil, talvez seja preciso reconhecer o peso de uma tradição gerencial taylorista, assim como a pouca importância estrutural no sistema de saúde do vínculo e do seguimento; fragmentando a atenção e a responsabilidade, e possibilitando assim reduções progressivas do objeto de trabalho. Soma-se a isto o caráter mágico dos protocolos e padronizações de todo tipo, sempre seduzindo gestores a preferirem entre a autonomia e o controle, este último. Imaginando sempre que são pólos mutuamente exclusivos. Finalmente não se pode esquecer que vivemos em um país em que a cidadania é precária, o que coloca cotidianamente gestores diante de serviços públicos de saúde com uma cultura organizacional que permite a muitos profissionais considerarem sua clientela mais ou menos como uma praga de gafanhoto, a ser eliminada através de qualquer meio. Todos estes aspectos da conjuntura fortalecem uma lógica objetivante e reducionista das relações clínicas. Portanto desinteressada, na prática, em lidar com as relações clínicas reais, que ocorre entre pessoas reais. No entanto, é necessário admitir que estamos em um momento do SUS em que existem muitos serviços que necessitam de novas estratégias para qualificar a clínica, e que “demandam” instrumentos como os grupos BALINT. Nestes serviços os trabalhadores enfrentam imensas dificuldades em função de uma formação profissional tradicional e podem se beneficiar de todas as propostas que possam oferecer algum apoio e formação em serviço.

Assim, podemos dizer, especificamente em relação aos GBP, que se trata potencialmente de uma ferramenta importante para qualificar e dar suporte à atividade clínica, tanto em serviços do SUS, quanto nos espaços formação propriamente ditos. Após essas experiências iniciais com GBP iniciaram-se outras 04 turmas, dentro de cursos de formação do DMPS/Programa Saúde da Família na UNICAMP. Além disso, também se inicia, na cidade de Guarulhos, uma experiência com GBP desatrelada de um “curso” estruturado e estritamente vinculada à gestão da saúde. Trata-se, de qualquer forma, de uma ferramenta que, mesmo em construção, apresenta grande flexibilidade

para acolher diferentes ofertas teóricas, inclusive de manejo grupal. Tanto da parte dos grupos BALINT quanto do Método Paidéia, os GBP herdam uma certa “disposição antropofágica”, o que também impõe-se como uma necessidade para a prática clínica na Atenção Básica. Devido a esta abertura e à disponibilidade para não expulsar da roda temas pertinentes, trata-se também, à maneira dos grupos originais criados por BALINT, de uma ferramenta (e de uma oportunidade) de investigação coletiva sobre questões que estão presentes no cotidiano dos profissionais, mas que também os transcendem: os desafios da Atenção Básica e do SUS, as forças do mercado e da Ciência, as crises do mundo contemporâneo e do Brasil (com tópicos como a violência, a exclusão social, o desemprego e o subemprego), as lutas *transversais* (FOULCAULT: 1983) e as instituições.

Desta forma, muitos temas e desafios abordados no GBP, ou a partir dele, merecem uma atenção maior que não coube privilegiar neste espaço. Um deles diz respeito à *medicalização*. Dentro do campo da biomedicina, ligada porém à atenção primária, podemos destacar a chamada prevenção quaternária (MELO: 2007; ALMEIDA: 2005), um tipo de prática a ser incorporada na prática clínica visando “*detectar indivíduos em risco de sobretratamento (overmedicalisation), por forma a protegê-los do intervencionismo médico inapropriado, além de visar capacitar os utentes enquanto consumidores de cuidados de saúde*” (ALMEIDA: 2005). O “marketing do medo é um tema abordado com bastante força nesta proposta de controle da medicalização, a partir de uma clínica da atenção primária.

Já a partir da contribuição de MARTINS (2005), poder-se-ia compreender este fenômeno não somente como um desdobramento da biomedicina e/ou do mercado capitalista, mas também, a partir de fatores geradores de afetos passivos. Falamos da religião anteriormente, e o autor acrescenta um conceito pertinente: a *defesa maníaca*, de Winnicott:

A defesa maníaca consiste em uma defesa criada pelo psiquismo do indivíduo a fim de protegê-lo contra os afetos passivos e destrutivos introjetados desde a primeira infância. Trata-se de uma proteção que o falso self oferece ao verdadeiro self a fim de preservá-lo das invasões ambientais, mas que, contudo, o impede de expressar-se.

MARTINS (2005)

Há muito o que investigar e experimentar no sentido de incorporar esses conceitos na prática clínica (individual e coletiva) não psicanalítica. A importância política deste enfoque não é pequena, porque articula teoricamente o individual e o coletivo, o molar e o

molecular. Permite que se enfrente a produção de uma *cultura da desconfiança* (TEIXEIRA: 2005)¹¹³ estruturada com uma certa estratégia de dominação, da qual a saúde faz parte.

O tema da medicalização nos convida a questionar sobre a posição sistemática de silêncio do SUS em relação aos danos intrínsecos das ações de saúde, com repercussões inclusive na perpetuação da lógica de consumo na saúde: o SUS acaba disputando, sem muita crítica, o lugar mítico de redenção salvadora pela “ciência”, contribuindo com a lucrativa infantilização esperançosa da população. Acaba, com isso, aceitando a redução de todas as questões de saúde a polaridades tipo o bem contra o mal (o mal “fora”). O “bem” sempre como uma “bugiganga” para vender, um comportamento “arriscado” para proibir e uma esperança de descobrir algo que (agora sim) vai acabar para sempre com a morte e o sofrimento. Seria possível fazer diferente? Seria possível aumentar a capacidade do SUS de compreender e analisar compartilhadamente os fenômenos de saúde? Construir narrativas sobre os problemas, compartilhar decisões e escolhas coletivas? Ou pelo menos, compartilhar honesta e abertamente as dúvidas e os “conflitos de interesse” do mundo acadêmico da saúde?

Talvez, mais importante ainda, seria pensar tudo isto em sintonia com a singularidade do Brasil. Pensar uma clínica “cabocla” que soubesse, tal qual a Antropofagia de Oswald de Andrade, a Tropicália e a “Antropologia” de Darcy Ribeiro, enxergar o país pela sua potência. Uma clínica, individual e coletiva, que soubesse, tal qual estes movimentos culturais, acadêmicos e políticos, valorizar e enxergar no(s) povo(s) brasileiro(s) uma capacidade de ser e de “agir com espontaneidade”, assim como uma enorme capacidade de se “*reapropriar das coisas e do mundo*”, apesar das inegáveis tragédias e genocídios que constituíram (e constituem) o povo brasileiro. Uma clínica que saiba tomar posição nos embates que estes movimentos travam com um Brasil que, contra todas as evidências, ainda se enxerga e se deseja “branco” (europeu ou, mais recentemente, norte-americano). Não se trata de se posicionar contra estas referências, mas contra a “falta” produzida pelo desejo instituído de “deveríamos” “ser como eles” ou mesmo contra eles. Gilberto Gil poeticamente explica este ponto de vista:

¹¹³ TEIXEIRA, R. aponta a biomedicina (com a cultura do risco e a difusão do medo como estratégia clínica individual e coletiva), os “tiranos de todo o tipo”, os economistas e a mídia como os grandes substitutos da religião de outrora, beneficiários das tecnologias de produção de paixões tristes.

(....)
 Quando os povos d'África chegaram aqui
 Não tinham liberdade de religião
 Adotaram Senhor do Bonfim:
 Tanto resistência, quanto rendição

Quando, hoje, alguns preferem condenar
 O sincretismo e a miscigenação
 Parece que o fazem por ignorar
 Os modos caprichosos da paixão

Paixão, que habita o coração da natureza-mãe
 E que desloca a história em suas mutações
 Que explica o fato da Branca de Neve amar
 Não a um, mas a todos os sete anões
 (...)

De Bob Dylan a Bob Marley - um samba-provocação

Composição: Gilberto Gil

Em entrevista recente outro importante membro do tropicalismo reafirma estas posições na atualidade.

A cultura afro-brasileira inaugurou, desde uma nova possibilidade de mundo, uma nova visão, que é algo além da mistura e da miscigenação.(...) O amálgama brasileiro é reinterpretado a toda hora. E existe uma absorção dos elementos que compõem esta alquimia, sejam eles indígenas, negros, europeus. (...)Muita gente acha que a capoeira é só música e luta, mas não. Há uma linguagem simultânea, tríplice, que mistura a brincadeira, a dança, e a luta também. Ou seja: quando hoje se fala em multiplicidade, em simultaneidade, no mundo digital e quântico, basta olhar para a nossa cultura e vamos ver que isso já existe há muito tempo. Nossa cultura renova-se sempre, apesar de ter raízes antigas. Veja o hip-hop, o funk e o rap. (...) O Brasil é um gigante que se fingiu de invisível até agora. Mas não dá mais. Ou o mundo brasilifica-se, ou vira nazista. Nós somos a chave para compreender o futuro. Não é só o futebol, a música, as artes... É como já disse: “Jesus de Nazaré, os tambores de candomblé”. (Jorge Mautner)¹¹⁴

Estando o Brasil nesta conexão com o mundo globalizado, dentro mesmo do próprio país pode-se verificar facilmente a presença contundente da hipótese do “nazismo”. A hipótese de exclusão e eliminação¹¹⁵ de grandes contingentes de população seja

¹¹⁴ Entrevista exclusiva Agência Carta Maior
<http://www.agenciacartamaior.com.br/templates/index.cfm?alterarHomeAtual=1> publicada dia 08/02/2007. Esta entrevista também foi disponibilizada ao grupo no TELEDUC.

¹¹⁵ Na cidade do Rio de Janeiro, talvez inspirada na proposta israelense para o povo palestino, existe a proposta de construir um muro ao redor de uma favela.

culturalmente, seja economicamente se materializa nas periferias das grandes cidades. O primeiro desafio da área de saúde é evitar ser cúmplice das tiranias e da reprodução de afetos passivos. GUATTARI aponta didaticamente três características da reprodução da subjetividade capitalística: a infantilização, a segregação e a culpabilização.

A CULPABILIZAÇÃO é uma função da SUBJETIVIDADE capitalística. A raiz das tecnologias capitalísticas de culpabilização consiste em propor sempre uma imagem de referência a partir da qual colocam-se questões tais como : " quem é você?", " você que ousa ter uma opinião, você fala em nome de quê?", " o que você vale na escala de valores reconhecidos enquanto tais na sociedade ?", " a que corresponde sua fala ?", " que etiqueta poderia classificar você ?"

A SEGREGAÇÃO é uma função da ECONOMIA subjetiva capitalística diferentemente vinculada a culpabilização. Ambas pressupõem a identificação de qualquer processo com quadros de referência imaginários, o que propicia toda espécie de manipulação. É como se a ordem social para se manter tivesse que instaurar, ainda que da maneira mais artificial possível, sistemas de hierarquia inconsciente, sistemas de escalas de valor e sistemas de disciplinarização. Tais sistemas dão uma consistência subjetiva às elites (ou as pretensas elites), e abrem todo um campo de valorização social, onde os diferentes indivíduos e camadas sociais terão que se situar. Essa valorização capitalística se inscreve, essencialmente, não só contra os sistemas de valor de uso, como Marx descreveu, mas também contra todos os modos de valorização do desejo, todos os modos de valorização das singularidades.

INFANTILIZAÇÃO. Pensam por nós, organizam por nós a produção e a vida social. Além disso, consideram que tudo o que tem a ver com coisas extraordinárias - por exemplo, o fato de falar e viver, o fato de ter que envelhecer, de ter que morrer - não deve perturbar a nossa harmonia no local de trabalho e nos postos de controle social que ocupamos, a começar pelo controle social que exercemos sobre nós mesmos. A infantilização - por exemplo, das mulheres, dos loucos, de certos setores sociais ou de qualquer comportamento dissidente - consiste em que tudo o que se faz, se pensa ou se possa vir a fazer ou pensar seja mediado pelo Estado. Qualquer tipo de troca econômica, qualquer tipo de produção cultural ou social tende a passar pela mediação do Estado. Essa relação de dependência do Estado é um dos elementos essenciais da subjetividade capitalística. (GUATTARI)

Em que medida, na área de saúde, seja na gestão ou na clínica, infantilizamos, culpabilizamos e segregamos? A resposta vem junto, no caso Brasil, com a concepção de povo brasileiro se tem. Pois é evidente que a injustiça social e a tirania ainda se sustentam fortemente sobre uma série de crenças e preconceitos a respeito do povo brasileiro, que servem para justificar e explicar a miséria e a concentração de renda. Por exemplo, é freqüente, ainda mais em São Paulo, tomar recursos de assistência social, como o Bolsa família por exemplo, como privilégio e não como direito.

Tomar partido e se lançar nestes enfrentamentos, não significa uma nova moral ou novo tipo de ufanismo, nem do Brasil e nem de idealização da pobreza. Significa, antes

de mais nada, verificar o quanto transpiram na clínica individual e coletiva, ideologias e valores contrários à vida. Significa experimentar tomar os conflitos étnicos, de gênero e de classe como oportunidade de transformação. Poder se perguntar em que medida precisamos do medo como elemento fundamental na negociação das nossas propostas terapêuticas. E verificar em que medida estas propostas desprezam ou depreciam costumes e crenças tradicionais que muitas vezes são e foram eficazes na proteção da vida. Em que medida o gozo pela submissão alheia é um objeto de investimento excessivamente importante? Tudo isto são esforços ainda analíticos, no sentido construir uma clínica cabocla. Com BERGSON (2005b), talvez seja possível afirmar que estes movimentos culturais citados anteriormente efetuaram uma compreensão intuitiva do seu próprio meio. BERGSON (2005a) diferencia “análise” e “intuição”. A intuição, como nos referimos anteriormente, é a possibilidade de um conhecimento direto do objeto, *“a simpatia pela qual nos transportamos para o interior de um objeto para coincidir com o que ele tem de único, e conseqüentemente de inexprimível”*; enquanto a análise, é o conhecimento do objeto “pelo que ele não é”, ou seja, *“é a operação que reduz os objetos a elementos já conhecidos, isto é, comum a este objeto e a outros”*. Quem sabe, em sintonia com os embates que estes movimentos historicamente têm travado, não somente sobre o que fomos, mas principalmente, sobre como seremos, seja possível - sem jogar fora a análise -, forjar através da intuição uma clínica individual e coletiva sensível às vitalidades brasileiras.

Referências Bibliográficas

- ABDALLA, M. F. B. *A Pesquisa-ação como Instrumento de Análise e Avaliação da Prática Docente*. Ensaio: aval. pol. públ. Educ.: Rio de Janeiro, v. 13, nº48, p.383-400, jul./set. 2005.
- ALMEIDA, E. L. V. **Medicina hospitalar – medicina extra-hospitalar: duas medicinas?** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1988 (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva).
- ALMEIDA, L. M. *Da prevenção primordial à prevenção quaternária*. Revista Prevenção em Saúde: v. 23, nº 1, Janeiro/Junho, 2005.
- ALVES, R. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras**. 21ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- ARMONY, N. **Borderline uma outra normalidade**. Rio de Janeiro Ed. Revinter, 1998.
- AROEIRA, V. G. *A educação não formal como acontecimento*. Tese de doutorado (em andamento). Faculdade de Educação – UNICAMP.
- AVORN J.; CHEN M.; HARTLEY R. *Scientific versus commercial sources influence of prescribing behavior of physicians* - Am J. Med. 73; 4-8,1982.
- AYRES J. R. C. M. et al. *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. In: Czeresnia D. e Freitas C. M. (orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. RJ: Fiocruz, p.117-140, 2003.
- BAGNO, M. **12 Faces do Preconceito** Ed. Contexto São Paulo 2000
- BALINT, E.; NORELL, J. S. **Seis Minutos para o Paciente**. São Paulo: ed. Manole, 1976.
- BALINT, M. *O médico o paciente e sua doença*. Rio de Janeiro: ed. Livraria Atheneu, 1988.
- BALTAZAR, M.C. *Corpo que age, sente e pensa*. Texto apresentado para *Qualificação do Doutorado*. Instituto de Artes. UNICAMP
- BAHIA, L. *A unificação do sistema público e a expansão do segmento suplementar: as contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde*, 2008: Aula UNICAMP - texto aguardando publicação.
- BARBOSA, M. L. *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política*. Rev. Bras. Ciências Sociais [online]: v. 14, nº 39, p.186-190, ISSN 0102-6909, 1999.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Ventos, 1992.
- _____. **Cinco Lições sobre a Transferência**. São Paulo: Ed Hucitec, 3ª Edição. 1996.
- BARROS, R. D. B. **Grupo: a Afirmação de um Simulacro**. Tese de doutorado PUC-SP, 1994.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, nº. 3, Set. 2005.
- _____. *Clínica, política e as modulações do capitalismo*. Revista Lugar Comum. Rio de Janeiro. ISSN 14158604, nº. 19-20, jan-jun de 2004, p.159-171.
- _____. *Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade*. In: Tânia Mara Galli Fonseca e Patrícia Gomes Kirst (Orgs.). *Cartografias e devires. A construção do presente*. Porto Alegre: 2003, v. 1, p.81-89.
- _____. *O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo*. In: Tania Mara Galli Fonseca; Selda Engelsn (Orgs.). *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre, 2004: v. 1, p.275-286.
- _____. *Clínica e Biopolítica no Contemporâneo*. Revista de Psicologia Clínica da

- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, v.16, n°.1, p.71-79, 2001.
- BERGSON, H. A. Intuição Filosófica In **Bergson: cartas conferências e outros escritos. São Paulo:** Ed. Nova Cultural, 2005a.
- _____. Introdução à Metafísica In **Bergson: cartas, conferências e outros escritos. São Paulo:** Ed. Nova Cultural, 2005b.
- _____. A Evolução Criadora. São Paulo: 1ª. Ed. Martins Fontes 2005c.
- BOTEGA, N. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral.** 1ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BOWER, P. E.; CAMPBELL, S. et al. **Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study.** *Qual. Saf. Health Care*: 12; 273-279, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde HUMANIZA SUS – Documento Base Para Gestores e Trabalhadores. 4ª ed. 2008 (www.saude.gov.br/humanizasus) 2008.
- CAMARGO Jr., K. R. Biomedicina Saber & Ciência: uma abordagem crítica. 1ª. Ed. São Paulo: Hucitec. 2003.
- _____. *O Paradigma clínico-epidemiológico e a construção da racionalidade médica contemporânea: o caso da AIDS.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992d. (Projeto de tese de doutorado).
- CAMPBELL, S. M. et al. **Identifying predictors of high quality care** in English General Practice: observational study. *BMJ*: v.323, p.784, 2001.
- CAMPOS, G. W.; MERHY, E.; NUNES, E. **Planejamento sem normas.** São Paulo: Hucitec, 1989.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. 1ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. **Os médicos e a política de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1982.
- _____. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*: v.14, n°4, Rio de Janeiro, out./dez. 1998.
- _____. Reforma Política e Sanitária: A Sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc. Saúde Coletiva*: v.12, n° 2, Rio de Janeiro, mar./abr. 2007.
- _____. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1991.
- _____. Memorial. Memorial apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como requisito para o concurso para professor titular na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde e junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social em 2006.
- _____. Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos. 1ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*: v.5, n° 2, Rio de Janeiro, 2000b.
- _____. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** mimeo DMPS-UNICAMP, 1997.
- _____. **Reforma da reforma.** São Paulo: Hucitec, 1992.
- _____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997, p.197-228.
- _____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994, p.29-87.
- _____. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev. 2007.
- CAMPOS, G.W.S Aula no Curso de Especialização em Gestão da Atenção – Turma Fortaleza –CE. DMPS. Junho 2007
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do Sujeito e da mudança**. Campinas: Tese Doutorado - DMPS/UNICAMP, 2001.
- CARVALHO, S. R. ; CAMPOS, G. W. S. O Internato no 5º ano da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: reflexões sobre os conteúdos e as práticas de ensino/aprendizagem em Gestão na Saúde 2007 (Artigo).
- CARVALHO, S. R. ; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Junior, M; Carvalho, YM. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Editora Fiocruz, 2006, v. 170, p. 837-868.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CESAR, C. C. F (org.). “Trabalhando com famílias”. Texto para cursos do Instituto de Terapia de Família e Comunidade de Campinas, 2007.
- CLASTRES, P. A sociedade contra o Estado. São Paulo: Ed Cosac & Naify 2003
- COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar os sistemas de saúde: os modelos assistenciais em saúde in CAMPOS G. W. S e GUERRERO A. V. P. (orgs.) **Manual de Práticas na Atenção Básica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008..
- CUERVO, L. G.; CLARKE, M. **Balancing benefits and harms in health care**. *British Medical Journal*, editorial 2003; v. 327: p.65-66 (12 July), www.bmj.com.
- CUNHA, G. T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Ed Hucitec, 2005.
- DANTAS, D.V. Uso de psicotrópicos na Atenção Primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da Clínica Ampliada – Campinas . DMPS/UNICAMP 2009 (tese de mestrado)
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol. 5, São Paulo: Editora 34, 1997
- DELEUZE, G. Spinoza Cours Vincennes – 24/01/1978 Transcrição traduzida para o português.
- DELEUZE, G. *Bergsonismo* 1ª. Ed. São Paulo. Editora 34. 1999
- DESCARTES, R. *Objecções e Respostas* In **Descartes (Os Pensadores)**. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- DONZELOT, J. A. *Polícia das Famílias*. 2ª. Ed, Rio de Janeiro: ed. Graal, 1986.
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Medicina Embasada em Evidências. In DUNCAN B. B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 2ª ed. Porto Alegre, 1996, cap. 1, p.07-21.
- EIZIRIK, L. C.; OSÓRIO, C. M. S. *Orientação Geral para Intervenções Psicoterápicas pelo não psicoterapeuta*. In DUNCAN B. B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 2ª. ed. Porto Alegre, 1996, cap. 7, p.592-597.
- FEDER, G. **Editorials: Randomised controlled trials for homoeopathy**. *BMJ*, 2002: v.324, p. 498-499 (2 March), www.bmj.com.

- FEYERABEND, P. **Contra o método**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.
- FLETCHER e FLETCHER, **Epidemiologia clínica - elementos essenciais**. 3^a Ed. Porto Alegre: [Artmed](#), 1996.
- FIGUEIREDO, M.D. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede sus-campinas (sp) - Campinas . DMPS/UNICAMP 2009 (tese de mestrado)
- FOUCAULT, M. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.
- _____. **The subject and Power**. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Chicago: University of Chicago, 1982/1983.
- FREUD, S. **A Dinâmica da Transferência** In FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro: Imago. 2006
- FUGANTI, L. As Ilusões de Consciência em Espinosa. Mimeo. curso livre de filosofia Campinas, 2007.
- _____. O ressentimento e a má consciência, tópicos sobre NIETZSCHE. Mimeo. Curso Livre de Filosofia, Campinas, 2007.
- FURLAN P. R. Veredas no Território: Análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde. FCM – UNICAMP: dissertação de mestrado, 2008.
- GARCIA, V. A. *A educação não-formal no âmbito do poder: avanços e limites*. In: SIMON, Olga Rodrigues de Moraes Von et. al. (Orgs.). **Educação não-formal: cenários da criação**. Campinas: Ed. da UNICAMP, 2001.
- GÉRVAS J. Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit 2006, Mar; 20, Supl 1: 127-34.
- _____. El Fundamento científico de función de filtro del médico general. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005 8(2), 2005 – 18.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica; cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- GUATTARI, F. **Linguagem, consciência e sociedade**. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúde e Loucura, no. 4*. São Paulo, Hucitec, 1990.
- GUIMARÃES M.B.L. *“Intuição, pensamento e ação na clínica”* Revista Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.317-32, mar/ago 2005.
- HELMAN, G. C. *Antropologia Médica Atenção Primária à Saúde*. In DUNCAN B. B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 2^a ed. Porto Alegre, 1996, Cap. 1, p.43-46.
- HERMAN, J. The demise of the randomized controlled trial. **Journal of clinical epidemiology (48)**: 7, p.985-988, 1995.
- IACONELII V. Maternidade e Erotismo na Pós-Modernidade: Assepsia do Impensável na Cena De Parto. Disponível no site em até 12/01/2009
http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/maternidade_e_erotismo_2004.htm
- ILLICH, I. **Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde**. 1^a ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- _____. **Sociedade sem escolas**. Petrópolis: ed. Vozes, 1973.
- KINMONTH, A. L. **Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk**. BMJ, 1998, v. 317, p.1202-1208, www.bmj.com.
- KJAERGARD, L. L.; ALS-NIELSEN, B. **Association between competing interests and author's conclusions: epidemiological study of randomised clinical trials**. Published in the *BMJ*, 2002, v. 325, p.249 (3 August), www.bmj.com.

- KJELDMAND D.; HOLMSTRÖM, I. Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners. *Annals of Family Medicine*: v. 6, n°. 2, march/april, 2008.
- KLOETZEL, K. *Raciocínio Clínico* In DUNCAN B. B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 2^a ed. Porto Alegre, 1996: Cap. 1, p.46-49.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- LAPPÉ, M. **The Tao of Immunology: A revolutionary new understanding of our body's defenses**. New York: Plenum Press, 1997.
- LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: HUCITEC, 2005.
- LEVI, P., AUTHIER, M. **As Árvores de Conhecimentos**. São Paulo: Ed Escuta. 1995.
- LOPES, J. M. A pessoa no centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico. Dissertação de Mestrado na UFRGS – Porto Alegre, 2005.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis, Vozes, 1975.
- LUCIAN L. LEAPE, "Error in Medicine - 100,000 people a year in the US die from the administration of pharmaceutical drugs" In *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:23, p.1851.
- LU-YAO, G.; ALBERTSEN, P. C. **Natural experiment examining impact of aggressive screening and treatment on prostate cancer mortality in two fixed cohorts from Seattle area and Connecticut**. *BMJ*, 2002: v.325, p.740 (5 October), www.bmj.com.
- LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MARTEAU, M. T ; KINMONTH, ^aL. **Screening for cardiovascular risk: public health imperative or matter for individual informed choice?** *BMJ* 2002, v. 325, p.78-80 (13 July), www.bmj.com.
- MARTINS, A. Novos Paradigmas em Saúde In *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 9, n°.1, Rio de Janeiro: IMS/EDUERJ, 1999.
- _____. Desamparo: onipotência, narcisismo e univocidade. *Cadernos de psicanálise do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro*: v. 20, n°.12, 1998, p.57-67.
- _____. Filosofia e saúde: métodos genealógicos e filosófico-conceitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4): 950-958, jul-ago, 2004.
- _____. Religiões e tecnologias médicas, soluções mágicas contemporâneas; uma análise a partir de Spinoza, Nietzsche e Winnicott. In: Barros, J.A.C. *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: Ed. Anvisa, 2008. p. 87-109.
- _____. Nietzsche, Espinosa, o acaso e os afetos: encontros entre o trágico e o conhecimento intuitivo. *Revista O que nos faz pensar*, n. 14. Rio de Janeiro: PUC-RJ, 2000, p.183-198.
- MARTINS, C. J. *Foucault: Sexo e Verdade - O confronto político em torno da vida* In: *Mente, Cérebro e Filosofia: Foucault/Deleuze – A Dissolução do Sujeito*. 1 ed. São Paulo : Duetto Editorial, 2007, v.06, p. 36-43.
- MENDES V. L. "Uma Clínica No Coletivo – Experimentações no Programa Saúde da Família. Tese doutorado – PUC-SP, 2004.
- MELLO, G. A. A integralidade do cuidado. Uma perspectiva a partir do atendimento à criança na rede pública de saúde de campinas sob a ótica da atenção básica – Faculdade de Ciências Médicas – FCM – UNICAMP: Dissertação de Mestrado, 2004.
- MERHY, E.E. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta

- para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a, p.197-228.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b, p.71-113.
- MERHY, E.E. CHAKKOUR M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997c, pp.113-161.
- MERHY, E.E. **Saúde a Cartografia do Trabalho Vivo**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec. 2002
- MISSENARD, A. A Experiência Balint: História e Atualidade, Ed. Casa do Psicólogo, 1994.
- MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas S.A., 1996
- MORTON, V.; TORGERSO, D. J. **Effect of regression to the mean on decision making in health care**. BMJ, may 2003; v. 326, p.1083 - 1084. www.bmj.com.
- MOURA, A. H. **A Psicologia Institucional e O Clube dos Saberes**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec. 2003.
- NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO Jr. **Dois tópicos para uma discussão sobre medicina e ciência**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998, 20pp. (No prelo na Série Estudos em Saúde Coletiva).
- NOGUEIRA, R. P. **Risco, confiança e satisfação: a contingência da saúde na modernidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997, mimeo. (Projeto de tese de doutorado).
- OGDEN, J. **Editorial What do symptoms mean?** BMJ, 2003, v. 327, p.409-410 (23 August) www.bmj.com.
- OLIVER, M. F. **Editorials: Cholesterol and strokes**. BMJ, 2000, v. 320, p.459-460 (19 february). www.bmj.com.
- OLIVEIRA, A.M.F, FIGUEIREDO, M.D. e cols. Espirais D'Ascese: as contribuições de Balint e da Psicologia grupal para a potencialização do Método da Roda in CAMPOS G. W. S e GUERRERO A. V. P. (orgs.) **Manual de Práticas na Atenção Básica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.
- OLIVEIRA, G. N. O Projeto terapêutico com contribuição para as mudanças nas práticas de saúde – dissertação de mestrado Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP – 2004.
- _____. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- ONOCKO CAMPOS, R. O Planejamento no Labirinto. 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2003a.
- _____. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas In CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia, 1ª. Ed. São Paulo: Hucitec. 2003b.
- _____. Encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva In Ciência e Saúde Coletiva 10 (3): 573 -583 / 2005.
- OURY, J. Itinerários de Formação. [Revue Pratique nº 1-1991](#), p.42-50.
- PINTO, C. G. P. Diagnóstico Compartilhado no Trabalho das Equipes de Saúde da Família in CAMPOS G. W. S e GUERRERO A. V. P. (orgs.) **Manual de Práticas na Atenção Básica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

- PINTO, C. G. P e COELHO, I.B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica in CAMPOS G. W. S e GUERRERO A. V. P. (orgs.) **Manual de Práticas na Atenção Básica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008
- PASTRE, J. L. Uma aproximação entre Educação e Ética (aguardando publicação).
- PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1989.
- PORTO, L. S. **O Paciente Problema**. In DUNCAN, B. B. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 2ª ed. Porto Alegre. 1996: Cap. 7, p.586-592.
- PROSSER, Almond^a; WALLEY. **Influences on GP's decision to prescribe new drugs - the importance of who says what**. Family Practice: v. 20, n°. 1, 61-68 [Oxford University Press](#), 2003.
- QUEIROZ, Marcos de Souza; CANESQUI, Ana Maria. **Antropologia da medicina: uma revisão teórica**. Rev. Saúde Pública [online]. 1986: v. 20, n°. 2, p.152-164. ISSN 0034-8910.
- RAUTER, C. M. B. Clínica do Esquecimento: Construção de Uma Superfície. Tese de Doutorado Pontifícia Universidade de São Paulo – 1998.
- REID, S; WESSELY, T; CRAYFORD, T; HOTOPF, M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. BMJ, 2001: 322, 767–769.
- ROSE, Geoffrey. **Sick individuals and sick populations**. Bull World Health Organ., 2001: vol. 79, n° 10, p.32-38. ISSN 0042-9686.
- SANTOS, J.C. “30 anos de Vigiar e Punir (FOUCAULT)” Trabalho apresentado no 11o Seminário Internacional do Instituto Brasileiro Ciências Criminais (IBCCRIM) ocorrido de 4 a 7 de outubro de 2005, São Paulo, SP. Texto disponibilizado na internet.
- SMITH, R. **Clinical Review: In search of "non-disease"**. BMJ 2002: v. 324, p.883-885 (13 April). www.bmj.com.
- _____. **Editorials: Making progress with competing interests**. BMJ, 2002: v.325 p.1375-1376 (14 December). www.bmj.com.
- _____. **Postmodern medicine - Editor's choice**. BMJ 2002; v.324 (13 April). www.bmj.com
- _____. Resenha Crítica do Livro **Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health de Ivan Illich**. BMJ 2002: v. 24, p.923 (13 April). www.bmj.com
- SMS-CAMPINAS – ANTIPROTOCOLO Paidéia. Disponível em www.campinas.sp.gov.br/saude/anteprotocolo/indice.htm, acesso em 15 janeiro 2004.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e tecnologia**. 1ª ed. – Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.
- _____. Coordenação da atenção: juntando tudo in **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1ª ed. – Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.365.
- STARFIELD, B. "Is US Health Really the Best in the World?" AM J MED. 2000: 284; 483-485.
- STEIN H. Reframing Balint: Thoughts on Family Medicine Departmental Balint Groups, 2003 (Fam Med 2003; 35(4): 289-90).
- STEWART M.; BROWN J. B.; WESTON W. W.; MCWHINNEY I. R.; MCWILLIAM C. L.; FREEMAN T. R. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method* (2nd. Edition). Radcliffe Medical Press, 2003.
- TEIXEIRA, R. R. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos

- Revista Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 8, n.14, p.35-72, set. 2003-fev. 2004.
- _____. **Humanização e Atenção Primária à Saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, v. 10, n. 3, pp. 585-597. ISSN 1413-8123.
- TESSER, C .D. **A crise da atenção à saúde e a Biomedicina: reflexões críticas e propostas**. Campinas: UNICAMP. DMPS-FCM, 1998. (Dissertação de Mestrado).
- _____. **A clínica, a epidemiologia e os outros saberes em saúde: pensando os modelos assistenciais**. *Saúde em debate*, 45, dezembro, 1994, p.38-43. (Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES).
- TESSER, C.D.; LUZ, M.T.; CAMPOS, G.W.S. *Influências da biomedicina na crise da atenção à saúde: a dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente*. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, n°. 177, 30p. Seminário de Cultura História e Política. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1998.
- TESSER, C.D.; LUZ, M.T.; CAMPOS, G.W.S. *Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas* - Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas – tese doutorado – 2004.
- THIOLLENT M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 7ª. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- THORNTON,H., DIXON-WOODS, M. Editoriais: **Prostate specific antigen testing for prostate cancer**. *BMJ* 2002; v. 325, p.725-726 (5 October). www.bmj.com
- TORPPA MA, ET AL., A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: Contexts and triggers of case presentations and discussion themes, *Patient Educ Couns* (2008), doi: 10.1016/j.pec.2008.01.012.
- TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.
- TURNER, A. L. ET COLS A. Preliminary Investigation of Balint and Non-Balint Behavioral Medicine Training (*Fam Med* 2004: 36 (2); 114-7).

ANEXO 1: Núcleos de temáticos de Análise do Método Paidéia

1. Objeto de Trabalho: *“indica que elemento do contexto estar-se-á destacando como responsabilidade da equipe, sem o que não se assegurará certo produto, certo resultado e certos objetivos. A análise desse Núcleo Temático permite, em primeiro plano, examinar a adequação entre o recorte do objeto de trabalho e o valor de uso que se pretende produzir. Também ajuda o grupo a perceber qual o limite do compromisso social assumido, indicando o padrão de responsabilidade assumido pelo Coletivo. Isto porque o objeto de trabalho recortado sofre influência do objetivo ou da missão. A consequência, o objetivo, produzindo um seu suposto antecedente, o objeto sobre o qual irá se trabalhar para a produção de valores de uso. Na área de prestação de serviços, em que o objeto de trabalho é um sujeito (pessoas), o objeto é também um indicador de critérios de inclusão e de exclusão”. CAMPOS 2000 p 211*

Nem sempre o objeto de trabalho coincide com o objeto de investimento:

“a análise e intervenção sobre o que seria o objeto de trabalho mais adequado obedecem também à racionalidade decorrente da realização pessoal dos trabalhadores: neste sentido, procurar adequar o recorte de objeto adequado à produção de determinados valores de uso com o objeto de investimento dos Sujeitos. O desafio de aproximar-se objeto de trabalho do objeto de investimento dos Sujeitos trabalhadores: a base para a construção de alguma Obra.”CAMPOS 2000 2111

2. Práticas e Meios de trabalho (organização dos recursos, processo de trabalho): campo e núcleo dos profissionais. O TRABALHADOR É MEIO E FIM, ao mesmo tempo. Este núcleo traz como possibilidade criar momentos e instrumentos para, junto com a equipe, compreender o modo como se articulam as práticas e os recursos, também chamado de modelo de atenção.

“Há uma infinidade de metodologias que podem ser empregadas para descrever o processo de trabalho. A qualidade total introduziu várias modalidades de fluxograma, que permitem acompanhar (descrições sincrônicas) a organização do trabalho. Vale ressaltar que essas descrições exaustivas nem sempre contribuem para a análise e elaboração de sínteses alternativas e definição de tarefas: informação saturada. Parece mais conveniente destacar-se aspectos do processo de trabalho, temas relevantes, e trabalhá-los de modo cumulativo. E, com o tempo, ir montando um desenho do modo como se articulam práticas e recursos. Este tipo de procedimento tem sido denominado de descrição do modelo de produção de bens, ou de modelo da atenção quando no campo dos serviços (educação, saúde, etc). O importante é ir corrigindo aspectos que dificultem a produção de valores de uso ou a constituição dos sujeitos.” CAMPOS 2000 212

3. Resultado: x objetivo.

Oferecer às Equipes a possibilidade de debruçar-se sobre os resultados do próprio trabalho é um recurso importante para quebrar eventuais cristalizações do grupo. Existem métodos objetivos para se medir resultados: oferecer evidências realistas às equipes é

um poderoso instrumento para produzir análise. Se a medida dos resultados pode ser relativamente objetiva, a avaliação dos indicadores encontrados depende de critérios de julgamento acordados. Critérios definidos a partir de valores. Valores que também podem ser criticados e modificados pelo Coletivo ou por instâncias externas a ele. Fazer essa separação é importante.

Para o Método haveria três linhas de resultados possíveis: uma relativa à produção de valores de uso (avaliação de eficácia, os produtos atenderam a necessidades sociais?); outra, à sobrevivência da organização (há eficiência, legitimidade social e política?); e uma terceira, à constituição de Sujeitos (há realização pessoal e profissional, e produção de Obras?).

Vale ressaltar a freqüente confusão entre Objetivos e Resultados. Na prática, eles nunca coincidem e a comparação do pretendido (objetivo) com o alcançado (resultado) resulta útil para alterar tanto o projeto, quanto a forma com que se trabalha. CAMPOS 2000 213

O autor lembra a importância dos diagnósticos serem concomitantes a intervenção, evitando o hábito muito comum nas organizações de “primeiro” fazer um diagnóstico para “depois” fazer uma intervenção

4. Objetivos: “O Método modifica em dois sentidos a noção de Objetivo (Missão): primeiro trazendo o tema para debate e análise, ou seja, admite que os Coletivos devem construir seus próprios Objetivos; segundo, admitindo o desdobramento das finalidades de toda instituição em dois grandes campos: o da produção de valores de uso (bens ou serviços) que atendam a determinadas necessidades sociais e o da constituição de Sujeitos e Coletivos. A construção processual e participativa de objetivos é um dos elementos importantes na conformação de um Coletivo.” CAMPOS 2000 p. 213.

Campo do Meio (tanto produção de sujeitos quanto produção de valores de uso)
5 e 6 - **Análise e reconstrução dos Saberes (Modelo Teórico Conceitual) e do Sistema de Valores:**

É possível estabelecer-se uma certa analogia entre o modo de funcionamento de uma Teoria e de um Sistema de Valores com a noção de Superego descrita por Freud, bem como a de episteme utilizada por Foucault para analisar a genealogia da clínica e de outras práticas sociais. O Superego operaria de maneira inconsciente e com certo grau de autonomia do Ego, formar-se-ia desde estágios primitivos (superação do complexo de Édipo) e tenderia a constituir-se a partir de identificações e introjeções de valores e da tradição parental. O Superego seria um sistema com duas instâncias parciais, o ideal do ego, que encarnaria modelos de conduta e de personalidade, e uma outra de caráter crítico e produtora de proibições (Laplanche & Pontalis, 1992). Aderir a Valores e a um Modelo Teórico - uma aquisição tardia das pessoas - não corresponde a constituição do Superego; o que se comentando são as semelhanças do modo de operar destas duas estruturas. Os Valores e os Modelos Teóricos, uma vez hegemônicos em uma Instituição, tendem a funcionar com certa autonomia dos grupos, operando de maneira transcendental e levando os Sujeitos a julgarem com severidade e compulsão toda a realidade a partir daquele referencial autorizado pelo Modelo Teórico e pelo Sistema de Valores.

O Modelo passa a funcionar, então, como um ideal do grupo, derivando dele, e não necessariamente do exame crítico da prática, os objetivos, projetos e métodos de trabalho. Esta adesão aos Modelos Teóricos resulta tanto de ações conscientes (discurso racional), quanto de motivações inconscientes, que continuam atuando ao longo dos anos

também de modo inconsciente, sem que os grupos consigam explicar a rigidez de seus dogmas teóricos ou conceituais. CAMPOS 2000 p 214

Este é um aspecto extremamente importante dos núcleos de análise do método Paidéia. CAMPOS destaca o fato de que esta “cegueira”, não tem uma relação com a qualidade da produção de valor de uso da organização, nem com a qualidade circunscrita de determinado saber técnico. Ou seja, uma “cegueira” que pode acometer (e ocorre com certa frequência) até com as organizações “de ponta”. Aquelas muitas vezes que fizeram poderosos movimentos de inovação e ruptura, podem se congelar no tempo, cristalizadas na formalização daquele momento instituinte. A médio e longo prazo, no entanto, principalmente quando ocorrem mudanças de contexto um pouco mais rápidas, a organização pode não conseguir sequer manter a qualidade na produção de valor de uso.

Campo da Produção de Sujeitos (individuais e Coletivos)

7- Oferecimentos e 8 Texto e capacidade de Análise

“Assim, uma equipe de saúde, o que lhe estaria sendo "ofertado" pelos usuários? Apoio político e ação social em defesa dos serviços públicos, por exemplo. Ou, ao contrário, clientes infantilizados, a espera de proteção paternalista. E de um governo? Consideração, sobre a forma de carreiras e salários adequados? Ou desprezo e manipulação? O quanto de cada uma destas "ofertas" não estaria sendo introjetadas pelas equipes de forma acrítica e inconsciente? O quanto da desconsideração governamental não estaria sendo incorporada à auto-estima das equipes? O quanto de carência e incapacidade internas às equipes não estariam sendo projetadas de maneira paranóica em outros segmentos, nos usuários, enfermos ou estudantes, ou familiares?”

O Método Paidéia trabalha com a noção de Oferecimento; ou seja, que se ofereça aos Coletivos Organizados, de maneira sistemática, elementos que os auxiliem a analisar e a operar sistemas de co-gestão. Dados indicativos de necessidades sociais, história de outras experiências, enfim estímulos para que o grupo reconstrua a sua própria prática. Há uma infinidade de linhas possíveis de Oferecimento, todas objetivando provocar análise e fornecendo elementos para que o Coletivo interprete e atue para além de seu próprio limite. (...)Uma imposição é um limite, um condicionamento, uma regra. Um Oferecimento é também um mandado externo, vindo de fora do Coletivo, mas que o grupo receberia submetendo-o à análise crítica, para daí descobrir formas intermediárias para lidar com aquilo que, em princípio, aparecera como um determinante absoluto. (...)A Capacidade de Análise constitui a base sobre a qual se constróem Grupos Sujeitos (com coeficientes de alienação relativamente pequenos) e Sujeitos com autonomia e responsabilidade. Qual Sujeito estaria apto a expressar (significar) o que seriam Valores de Uso ou necessidades para os outros? A partir de que racionalidade se definiriam os compromissos com objetos e objetivos? A partir de que lugar de força se distribuiria o produzido? Em torno destas questões estrutura-se o Poder. O poder de definir o sentido primário da produção de bens e serviços, bem como o de verdades e de sentidos para as coisas.

Uma maneira de atenuar o predomínio da função controle sobre a de autonomia sem provocar o caos é, portanto, operar em Coletivos Organizados com o conceito de Oferecimento, contribuindo com isto para a ampliação de sua capacidade de análise. A recomendação de que as Ofertas não sejam ignoradas representa o momento de controle do Método da Roda; e, ao mesmo tempo, a possibilidade de análise crítica, o fator autonomia. Examinar e aprender a lidar de forma produtiva com a "oferta" que é dirigida ao Coletivo desde outros atores ou de distintas esferas institucionais.

(CAMPOS 2000 216)

9- Objeto de Investimento e Ideal e Grupo: o que o grupo quer ser “quando crescer”. A idéia de ideal de grupo é uma adaptação da idéia de ideal do EGO. Nem sempre bate com a MISSÃO ou com o objetivo.

10- Espaços Coletivos: existem, quem participa, por que?, como são organizados, como funcionam?

11- Capacidade de Intervenção: capacidade do grupo de interferir na vida, de experimentar fazer diferente e as diferença “*pelo menos uma hora por semana*”

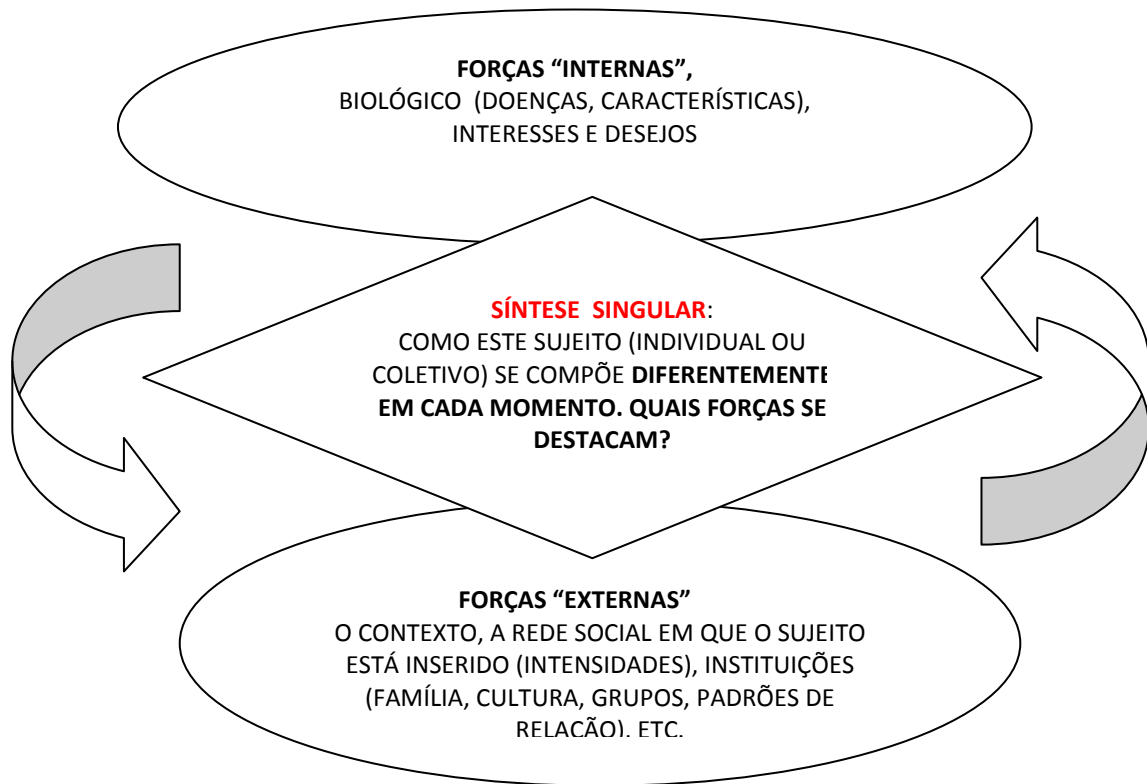
ANEXO 2 - Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos

Clínicos

- 1- História clínica / história de vida do paciente.
- 2- História do usuário em relação à equipe / em relação aos outros serviços de saúde.
- 3- Diagnósticos de Problemas Orgânicos / Sociais e Psicológicos. MAPA DE CO-PRODUÇÃO.
- 4- Quais os problemas mais importantes para a equipe / quais os problemas mais importantes para o usuário / para a rede social do paciente.
- 5- Quais as prioridades atuais.
- 6- História das intervenções feitas para o usuário / principais objetivos / problemas das intervenções.
- 7- Afetos despertados nos membros da equipe / sentimentos dos profissionais da equipe no decorrer da história / Contra-transferência.
- 8- Afetos despertados NA EQUIPE E NO PACIENTE pelos outros serviços de saúde / especialistas.
- 9- Qualidade das relações terapêuticas nos outros serviços.
- 10- Genograma (de preferência feito junto com a família ou paciente e com possibilidade do mesmo falar sobre a história e o significado de cada pessoa no genograma).
- 11- Rede Social Significativa (com participação do usuário).
- 12- Diagnóstico de potencialidades (saúde) do paciente / coletivos a que ele pertence.
- 13- Quem é responsável pelo caso (coordenação¹¹⁶ do caso) / quem organiza atividades definidas.
- 14- Quais as formas utilizadas para o contato com os serviços parceiros na gestão compartilhada do caso.

¹¹⁶ A coordenação como atividade característica da ABS (STARFIELD), em que esta se responsabiliza pela gestão do caso, mesmo quando o tratamento exige a participação de outros serviços.

Mapa Co-Produção de Sujeitos



ANEXO 3 - Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos

Gerenciais

- 1- Quais os grupos e pessoas envolvidos.
- 2- História destes grupos ou pessoas no serviço (na medida do possível).
- 3- Quais os interesses / desejos envolvidos.
- 4- Como a equipe se sente em relação ao tema.
- 5- Qual é o problema escolhido e como foi esta escolha.
- 6- Para quem este problema é um problema (para quem não é?).
- 7- Como os diferentes atores lidam com o tema.
- 8- Quais as possíveis causas destas diferenças na maneira de lidar.
- 9- Quais os espaços coletivos em que estas questões puderam ser faladas?
- 10- Como estes espaços são organizados, quais são os seus objetivos, quem tem voz nestes espaços, como é definida a pauta.
- 11- História das intervenções feitas em relação ao tema

ANEXO 4 Temas de aulas do Curso de Especialização em Gestão da Clínica

<ul style="list-style-type: none"> - Processo saúde/doença intervenção: análise dos paradigmas - Co- construção do processo saúde/doença/intervenção
<ul style="list-style-type: none"> - Clínica e Saúde Coletiva ampliada e compartilhada - Co-construção de autonomia: o tema do sujeito e da subjetividade - Método Paidéia de apoio institucional e matricial
<ul style="list-style-type: none"> - A tradição dos sistemas nacionais de saúde: Concepção de rede, regulação, integração sanitária, gestão de sistema. - Atenção básica nos diferentes sistemas de saúde. Experiências de outros países: Inglaterra, Cuba, Canadá
<ul style="list-style-type: none"> - Gestão participativa :Organização de espaços para gestão participativa. Sujeitos coletivos envolvidos: gestores, equipes e usuários./manejo de grupos/equipe - Co-gestão: conselhos, colegiados e dispositivos de participação - Avaliação e diagnóstico compartilhado da unidade básica
<ul style="list-style-type: none"> - Clínica ampliada - Anamnese ampliada, Projeto Terapêutico Singular
<ul style="list-style-type: none"> - . Incorporação do sujeito/usuário no momento terapêutico: decisão conjunta, saber clínico/do usuário, adesão/abandono, etc. Relação com rede social significativa
<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento e avaliação de risco, responsabilização - Como lidar com demanda (acolhimento e avaliação de risco) e gestão da agenda (programação)
<ul style="list-style-type: none"> - Arranjos organizacionais: equipes de referência e áreas de apoio; alternativas organizativas e densidade populacional; gestão do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; campo e

núcleo (conhecimento e responsabilidade) das profissões na ESF; profissional de referência; coordenação de caso; ética do trabalho em equipe
- Instrumentos e arranjos de intervenção: consulta individual, grupo, visita domiciliar, etc. atendimento supervisionado, protocolos e diretrizes clínicas
- Dispersão / TeleEduc - Avaliação do módulo I
- Apresentação dos trabalhos da dispersão
- Apresentação dos trabalhos da dispersão
- Contribuições do campo da Saúde mental para a clínica na atenção básica
- Apoio matricial, referência/contra-referência e funcionamento em rede.
- Intervenção terapêutica ampliada e compartilhada; modo de vida: alimentação, trabalho, violência, etc.
- Alimentação e nutrição
- Atividade física
- Medicina Natural e Práticas integrativas
- Programação em saúde/ cadastramento
- Atenção ambulatorial especializada
- Atenção às urgências e emergências
- TeleEduc - Avaliação

- Apresentação dos trabalhos da dispersão
- Apresentação dos trabalhos da dispersão
- Contribuição das ciências políticas e sociais à clínica/saúde coletiva: poder, conflito, rede social.
- Objeto de trabalho da ESF: comunidade, família, indivíduo; população adscrita/micro-território; organização e instituições existentes
- Avaliação de risco e de vulnerabilidade do território, população:
- Diagnóstico compartilhado de problemas e necessidades de saúde
- Identificação da vulnerabilidade dos diferentes agrupamentos populacionais, critérios para indicação de atenção especial.
- Metodologia de mapa de risco em territórios indicação de estratégias de atuação dos serviços
- Arranjo organizacional para a prática da vigilância em saúde/ Núcleo de Saúde Coletiva
- Organização do processo de trabalho da equipe para a vigilância, ação e monitoramento das situações de vulnerabilidade e dos agravos à saúde
- Metodologia de trabalho com grupos/ Apoio e manejo de grupos
- Trabalho com coletivos e educação em saúde
- Projeto de intervenção coletiva: intersetorialidade, escuta da comunidade, relação com outras organizações
- Gestão da informação /Indicadores de Saúde
- - avaliação e Dispersão
-
1-Gestão da informação na AB/SF
- Metodologias de monitoramento e avaliação
- Gestão da informação/ sistemas de informação
- continua
2- Planejamento e gestão em saúde
- Teorias de Planejamento

- Plano de intervenção na unidade de saúde, com construção de metas, indicadores de acompanhamento
- Pacto de gestão /Contrato de gestão entre gestor e equipe local.
- Paradigmas da Gestão de pessoal na AB e políticas em sistemas públicos de saúde
- Instrumentos de gestão de pessoal, contratos de gestão, avaliação de desempenho
- Mesa de negociação do SUS/ Saúde do trabalhador
- Formação de pessoal e educação permanente
- Mecanismos de financiamento do SUS
- Gestão de redes

ANEXO 5 "As pessoas sem instrução falam tudo errado"

O preconceito lingüístico se baseia na crença de que só existe *uma única língua portuguesa digna deste nome* e que seria a língua ensinada nas escolas, explicada nas gramáticas e catalogada nos dicionários. Qualquer manifestação lingüística que escape desse triângulo escola-gramática-dicionário é considerada, pelo preconceito lingüístico, "errada, feia, estropiada, rudimentar, deficiente", e não é raro a gente ouvir que "isso não é português" Um exemplo. Na visão preconceituosa dos fenômenos da língua, a transformação de L em R nos encontros consonantais como em *Cráudia, chicrete, praca, broco, pranta* é vista como um "defeito de fala", e às vezes até como um sinal do "atraso mental" das pessoas que falam assim. Ora, estudando cientificamente a questão, é fácil descobrir que não estamos diante de um "defeito de fala", muito menos de um traço de "atraso mental" dos falantes "ignorantes" do português, mas simplesmente de um fenômeno fonético que contribuiu para a formação da própria língua portuguesa padrão.

As pessoas que dizem *Cráudia, praca, chicrete, pobrema, pranta* estão apenas dando livre curso a uma tendência fonética muito antiga na língua portuguesa. Observe o quadro abaixo. Ele mostra algumas palavras do português padrão atual e as formas que essas mesmas palavras tinham na língua de origem:

PORTUGUES PADRÃO		ORIGEM
branco	>	blank (germânico)
escravo	>	sclavu (latim)
fraco	>	flaccu (latim)
frouxo	>	fluxu (latim)
grude	>	gluten (latim)
obrigar	>	obligare (latim)
praga	>	plaga (latim)
prata	>	plata (provençal)
prazer	>	placere (latim)
prumo	>	plumbu (latim)

E agora? Se fôssemos pensar que as pessoas que dizem *Cráudia, chicrete e pranta* têm algum "defeito de fala", seríamos forçados a admitir que toda a população da província romana da Lusitânia também tinha esse mesmo defeito na época em que a língua portuguesa estava se formando. E que o grande Luís de Camões também sofria

desse mesmo mal, já que ele escreveu *ingrês, pubricar, pranta, frauta, frecha* na obra que é considerada o maior monumento literário do português clássico, o poema *Os Lusíadas*. E isso, é "craro", seria no mínimo absurdo. No entanto, eu vi, apavorado, um programa de televisão chamado *Nossa Língua Portuguesa* classificar esse fenômeno de "defeito de fala", sugerindo até uma "terapia fonoaudiológica" para "consertá-lo"!

Se dizer *Cráudia, praca, pranta* é considerado "errado", e, por outro lado, *dizerfrouxo, escravo, branco, praga* é considerado "certo", isso se deve simplesmente a uma questão que não é lingüística, mas *social e política* - as pessoas que dizem *Cráudia, praca, pranta* pertencem a uma classe social desprestigiada, marginalizada, que não tem acesso à educação formal e aos bens culturais da elite, e por isso a língua que elas falam sofre o mesmo preconceito que pesa sobre elas mesmas, ou seja, sua língua é considerada "feia", "pobre", "carente", quando na verdade é apenas *diferente* da língua ensinada na escola.

Ora, do ponto de vista exclusivamente *lingüístico*, o fenômeno que existe no português não-padrão é o mesmo que aconteceu na história do português padrão, e tem até um nome técnico: *rotacismo*. O rotacismo participou da formação da língua portuguesa padrão, como já vimos em *branco, escravo, praga, fraco* etc., mas ele continua vivo e atuante no português não-padrão, como em *broco, chicrete, pranta, Cráudia*, porque essa língua não-padrão deixa que as tendências normais e inerentes à língua se manifestem livremente. Assim, o problema não está *naquilo* que se fala, mas em *quem* fala o *quê*. Neste caso, o preconceito lingüístico é decorrência de um preconceito social.

(trecho de MARCOS BAGNO "O preconceito linguístico". In "12 faces do preconceito ed. Contexto" São Paulo 2000)